SÉMIOLOGIE MÉDICALE

DAVID GRAY, PETER TOGHILL

TRADUIT DE L'ANGLAIS PAR MARC BRAUN

MASSON

Sémiologie médicale

David Gray **DM, MPH, FRCP**
Reader in Medicine and Honorary Consultant Physician,
Department of Medicine, Queen's Medical Centre, Nottingham, UK

Peter Toghill **MD, FRCP**
Emeritus Consultant Physician, Queen's Medical Centre, Nottingham, UK
and Previously Director of CME, Royal College of Physicians, London, UK

Traduction de:

Marc Braun
Professeur des universités, praticien hospitalier,
faculté de médecine et CHU de Nancy

Avec la collaboration de:

Annick Barbaud, Jean-Pierre Bronowicki, Bruno Lévy, Jean-Pierre Kahn
Professeurs des universités, praticiens hospitaliers, faculté de médecine et CHU de Nancy

m MASSON

Avant-propos

Notre objectif principal en éditant ce livre est de fournir un petit guide simple et pratique pour les étudiants, durant leurs premiers jours de pratique clinique. Pour être un bon médecin, il faut apprendre à écouter les patients pour comprendre leurs symptômes et les examiner en mettant à profit notre sens clinique. L'acquisition de ces savoir-faire est indéniablement la tâche la plus importante au cours de l'éducation médicale et constitue la base des relations entre médecins et patients.

Nous pensons que la meilleure manière d'apprendre la médecine consiste en un apprentissage médical : observer et écouter les enseignants lorsqu'ils sont en face de leurs patients. À mesure qu'il acquiert de l'expérience, l'étudiant pratique des techniques, tout d'abord sous contrôle, puis seul. Rien ne remplace la rencontre avec de véritables patients dans les conditions hospitalières ou dans un cabinet de consultation. Les méthodes qui consistent à raconter des histoires de malades ou à se mettre en présence de patients simulés ne nous enthousiasment pas. Par chance, en Angleterre comme en France (NdT), la majorité des patients accepte la présence et les activités d'enseignement des étudiants de médecine au cours de leurs stages hospitaliers ou à domicile. En effet, les patients se rappellent souvent avec affection des « apprentis docteur » qui ont participé à leur prise en charge. Il ne faut jamais abuser du privilège d'apprendre auprès des patients.

Dans la majorité des maladies, un diagnostic de travail peut être élaboré grâce à un relevé précis des antécédents et à l'examen clinique, bien avant que des investigations ne soient entreprises. Pour permettre aux étudiants de parvenir à ce diagnostic de travail, nous avons présenté des méthodes de présentation des affections les plus communes et les circonstances dans lesquelles elles peuvent survenir. Nous avons également insisté sur les symptômes potentiellement graves et ceux qui sont relativement bénins. C'est une perte de temps que d'élaborer de nombreux diagnostics différentiels lorsqu'on ne distingue pas les symptômes fréquents des plus rares. Comme les patients se présentent habituellement avec des symptômes plutôt qu'avec un diagnostic, nous avons inclus une section basée sur la présentation des symptômes.

Notre livre se présente comme un complément de l'excellent ouvrage écrit par Sir Norman Browse, Art *Introduction to the Symptoms and Signs of Surgical Disease,* également publié chez Arnold. Il est volontairement à contre-courant des textes encyclopédiques et il est l'héritier d'un ouvrage plus ancien, *Examining Patients.* Nous sommes très sensibles au fait que les étudiants actuels sont placés devant la tâche impossible d'entretenir leur savoir alors que le volume des connaissances explose. Heureusement, grâce à Internet, un accès virtuellement illimité aux informations est maintenant disponible pour les praticiens (et pour les patients). En conséquence, rassembler des connaissances factuelles est devenu moins important que l'acquisition d'un savoir-faire et d'une expérience.

David Cray
Peter Toghill

Remerciements

Toute notre gratitude va à nos collègues de Nottingham et d'ailleurs qui ont accordé leur temps précieux et leur expérience en contribuant à l'écriture de ce livre. Bien d'autres collègues nous ont donné des illustrations provenant de leur collection personnelle. Nos remerciements sincères vont aussi aux patients qui nous ont autorisés à les photographier dans un but pédagogique. La plupart des photographies ont été prises sur une période de plusieurs années par le département audiovisuel du Queen's Medical Center de Nottingham. Nous sommes également reconnaissants aux étudiants qui nous ont confié, par exemple, leurs premières observations cliniques.
L'équipe éditoriale d'Arnold nous a encouragés à produire ce livre en complément du livre de pathologie chirurgicale de Sir Norman Browse, également publié chez Arnold. Fiona Goodgame a été la plus enthousiaste à initier le projet et Jane Duncan fut efficace et patiente en coordonnant les efforts de chacun pour l'élaboration de cet ouvrage.

David Cray
Peter Toghill

Glossaire

Glossaire des termes qui n'ont pas été nécessairement définis dans le texte.

Abduction: mouvement du corps ou d'un membre s'éloignant de la ligne médiane.

Adduction: mouvement du corps ou d'un membre se rapprochant de la ligne médiane.

-algie: suffixe signifiant « douleur allant ou provenant ».

Amnésie: perte de mémoire.

Anastomose: jonction, connexion.

Anévrisme: dilatation d'une artère.

Anorexie: perte de l'appétit.

Anosmie : perte de l'odorat.

Anosognosie : absence de perception ou d'acceptation d'un handicap sévère, habituellement une hémiplégie gauche.

Anurie: absence de sécrétion d'urine.

Aplasie: absence de développement ou de croissance.

Ascite : liquide dans la cavité péritonéale.

Blépharite : inflammation ou rougeur des bords des paupières.

Brady - : préfixe signifiant « lent ».

Souffle: bruit dû à un flux turbulent dans un vaisseau sanguin.

Bulle(s) : larges cloques de la peau.

Cachexie : maigreur extrême.

Chemosis : œdème de la conjonctive.

Cholostase : stagnation de la bile.

Circadien : description d'un rythme journalier.

Coarctation : rétrécissement de vaisseaux sanguins.

Crépitation craquement ou grincement dans une articulation au cours du mouvement des os.

Cyanose: couleur bleue de la peau due à la désoxygénation du sang.

Cyphose: augmentation de la flexion antérieure de la colonne thoracique par une angulation brutale en un point.

- cytopénie: suffixe signifiant la réduction du nombre de cellules.

Diascopie: observation à travers une vitre pressée contre la peau.

Diverticule : un sac borgne.

Drusen : corps colloïdes sur la rétine.

Dys - : préfixe signifiant douleur ou difficulté au cours de certaines activités.

Dysarthrie: difficulté de prononciation.

Dysphagie: difficulté ou douleurs en avalant.

Dyspnée : difficulté à respirer.

Dyspraxie: difficulté à exécuter des schémas moteurs (enchaînement de mouvements [NdT]).

Dysurie: sensation de brûlure ou douleur à la miction.

Ecchymose: bleu.

Effusion : collection de liquide dans un espace potentiel.

Embole: substance transportée dans le flux sanguin et suffisamment volumineux pour obstruer un vaisseau.

Epigastre: partie haute de l'abdomen.

Erythème: rougeur ou flush de la peau due à la dilatation des vaisseaux sanguins superficiels.

Erythrodermie : peau rouge.

Exophtalmie: protrusion du globe oculaire dans les maladies thyroïdiennes.

Fistule: communication anormale entre deux organes creux ou entre un organe et la surface cutanée.

Fosse: creux.

Pollakiurie: fréquentes mictions de petites quantités d'urine.

Gangrène : nécrose simple ou infectieuse d'un tissu.

Gingivite : inflammation de la gencive.

Glossaire

Hématémèse : vomissement de sang (appareil digestif).
Hématurie : présence de sang dans les urines.
Hémolyse: lyse ou destruction des globules rouges.
Hémoptysie: expectoration de sang (système respiratoire).
Hallucinations : perception anormale d'objets.
Hémianopsie: moitié d'un champ visuel d'un côté.
Homonyme: du même côté, comme dans la vision.
Hyper -: préfixe signifiant « plus que la normale ».
Hyperacousie : perception de sons semblant trop forts.
Hyperémie: augmentation du flux sanguin.
Hyperhydrose : excès de sudation.
Hyperphagie : absorption excessive d'aliments.
Hypo -: préfixe impliquant une sous-activité ou moins que la normale.
Iatrogène: causé par les médecins ou le résultat d'un traitement.
Ichtyose: peau écailleuse, comme celle d'un poisson.
Idiopathique: de cause inconnue.
- ite: suffixe impliquant « inflammation de ».
Illusion : interprétation (perception) erronée de stimuli.
Intertrigo: eczéma aux plis de flexion cutanée.
Koïllonychie : déformations des ongles en cuillère.
Lanugo : cheveux fins et doux comme chez les nouveaux-nés, visibles mais non palpables.
Mydriase: dilatation de la pupille.
Naevus: lésion cutanée, pas nécessairement d'origine vasculaire.
Noctiurie: mictions nocturnes.
- nychie : suffixe signifiant « de l'ongle ».
Œdème: liquide ou fluide dans les tissus.
Oligo - : préfixe signifiant « réduit, peu ».
Oligoménorrhée : règles peu abondantes.
Oligurie: sécrétion de petites quantités d'urine.
Onycholyse: séparation de la partie distale d'un ongle de son lit unguéal.
-orrhée: suffixe signifiant « pertes, écoulement ».
Orthopnée : essoufflement (dyspnée) en décubitus strict.
Ostéomalacie : réduction de la masse osseuse.
Phlébite: inflammation d'une veine.
- plastie : suffixe signifiant réparation ou correction par chirurgie.
Pneumo -: préfixe signifiant air à l'intérieur d'un organe ou une cavité.
- pnée: suffixe signifiant « en relation avec la respiration ».
Polycythémie : excès de globules rouges dans le sang.
Polyphagie : augmentation de l'appétit.
Polyurie: sécrétion de grandes quantités d'urine.
Prognathisme: protrusion de la mandibule.
Proptose: protrusion du globe oculaire.
Prurit: démangeaisons de la peau.
Ptosis: chute de la paupière supérieure.
Rhinophyma: décoloration bleu rougeâtre et gonflement du nez.
Scoliose: courbure latérale de la colonne.
Signes du papier monnaie: angiomes stellaires confluant ressemblant à l'arrière-plan d'un billet d'un dollar américain.
Sténose : rétrécissement.
Stigmate: signe caractéristique.
Tachy - : préfixe signifiant « rapide ».
Télangiectasies : dilatation persistante des vaisseaux sanguins.
- urie: suffixe signifiant « relatif à l'urine ».
Vésicule: petite cloque de la peau.
Xanthome: dépôts lipidiques de la peau.
Xanthelasma: plaques de lipides dans la peau des paupières.

Table des matières

Avant-propos V

Remerciements VII

Glossaire IX

A Interrogatoire et examen clinique : les bases

1. Interrogatoire 3

Histoire de la maladie 3

S'entraîner à l'interrogatoire 5

Comment rédiger une bonne histoire 9

En résumé 10

2. Examen clinique 11

Pourquoi réaliser un examen clinique 11

Premières impressions 11

Examen clinique 19

Avant de commencer 19

Commencez par une évaluation générale 20

Faites une inspection générale 20

En résumé 25

Finalement 25

3. En pratique 26

Erreurs fréquentes, comment les éviter 26

Comment rédiger une observation 27

Présenter une observation concise pendant une visite 33

•4 Comprendre les différents appareils

4. Comprendre les maladies cardiovasculaires 37

Symptômes des maladies cardiovasculaires....37

Reste de l'histoire....40

Examen clinique....41

5. Comment se présentent les patients atteints d'une maladie respiratoire? 61

Histoire de la maladie....61

Examen clinique....68

6. Appareil digestif 86

Symptômes....86

La bouche....90

Considérations générales à propos de l'abdomen....94

Le foie....98

La rate....102

Masses abdominales de la ligne médiane....103

Masses de la fosse iliaque droite....105

Distension abdominale....105

Anus et rectum....107

7. Guide pratique pour les maladies du système nerveux 111

Problèmes rencontrés....111

Symptômes....111

Examen clinique....113

8. Troubles psychiatriques : comment les repérer 140

Interroger le patient....140

Antécédents psychiatriques....140

Examen du statut mental....142

Schizophrénie....146

Épisode dépressif....148

Degré d'intentionnalité suicidaire dans le parasuicide....149

Manie....149
Troubles névrotiques liés au stress et troubles somatoformes....150
Troubles du comportement alimentaire....151
Intoxication alcoolique....152

9. Les problèmes médicaux liés à la grossesse 153
Symptômes....153
Examen clinique....154

10. Troubles endocriniens 157
Diabète sucré....157
Maladies thyroïdiennes....161
Examen de la thyroïde....162
Maladie hypophysaire....164
Maladie surrénalienne....167

11. Signes cliniques des maladies de la peau 168
Histoire clinique....168
Examen clinique....174
Examens complémentaires....178

12. Comment examiner un patient gravement malade? 179
Choc....179
Fièvre....180
Hypothermie....182
Insuffisance respiratoire....182
Intoxication....183
Maladies aiguës ou critiques nécessitant des soins intensifs....185

13. Les patients âgés confus 186
Conseils généraux....186
À faire et à ne pas faire....186
Examen clinique....187
Histoire....189

14. Difficultés spécifiques aux personnes âgées 1

Recueillir l'histoire clinique et éviter les pièges diagnostic.....

Examen clinique.....

15. Comment agir face à un patient inconscient? 1

Établir exactement ce qui est arrivé.....:

Évaluation immédiate.....

Examen général.....

Prise en charge.....\

Mort cérébrale.....

16. Problèmes oculaires pour non-spécialistes 2

Signes cliniques décelables sans instrument.....'<

Signes oculaires décelables avec des instruments de base.....\

Aspect ophtalmoscopique des maladies systémiques.....\

Médicaments affectant la vision.....\

17. Connaissances minimales sur l'oreille, le nez et la gorge 2

L'oreille.....i

Le nez.....I

Atteinte pharyngée et laryngée.....î

18. Maladies contractées à l'étranger 2

Maladies au retour d'un voyage.....2

Caractères particuliers de l'examen clinique.....2

Présentations cliniques les plus fréquentes au retour d'un voyage.....2

Examen des immigrants ou des grands voyageurs.....2

19. Maladies rénales et génito-urinaires 2

Reins et vessie.....2

Signes d'insuffisance rénale.....2

Vénérologie.....2

Histoire clinique.....2

Examen clinique.....2

Quelques syndromes cliniques fréquents.....2

20. Appareil locomoteur 245

Introduction 245

Changements dus à l'âge 247

Articulations particulières 247

Diagnostic des atteintes articulaires 250

La colonne vertébrale 253

21. Comprendre le sida 255

Introduction 255

Infections opportunistes du sida 256

Sida et tumeurs malignes 256

Aspects psychologiques du sida 257

22. Apprendre à proposer un diagnostic différentiel 258

Élaborer un diagnostic différentiel 258

Que faire si vous n'arrivez pas à poser un diagnostic différentiel? 258

Possibilités diagnostiques 259

23. Prescrire des examens complémentaires de base 261

À propos des résultats 261

Résultats anormaux 261

Avertissement à propos des examens complémentaires 261

Quels examens complémentaires devez-vous prescrire? 262

Examens complémentaires diagnostiques 263

Examens pour surveiller les effets du traitement 263

À se rappeler lorsque l'on prescrit des examens complémentaires 263

La « batterie » de dosages 264

Que dire au patient? 264

C Causes et symptômes du trouble

24. Dyspnée 267

Le patient est-il atteint? 267

La maladie est-elle grave? 267

Quelques causes fréquentes....268
Quelques causes moins fréquentes mais toujours importantes....268
Groupes à risque....268
Par quoi faut-il commencer?....269
Trouver la cause....269
Que faut-il faire après?....270

25. Douleurs thoraciques 271

Le patient est-il malade?....271
La maladie est-elle grave?....271
Quelques causes fréquentes....271
Quelques causes moins fréquentes mais toujours importantes....272
Groupes à risques....272
Trouver la cause....273
Que faut-il faire ensuite?....274

26. Céphalées 275

Quelques causes fréquentes....275
Par quoi faut-il commencer?....275
Céphalées brutales et sévères pouvant être graves....275
Céphalées périodiques....275
Céphalées fébriles....277
Céphalées dans l'hypertension artérielle....277
Céphalées des personnes âgées....277
Céphalées de l'hypertension intracrânienne....278

27. Douleurs abdominales 279

Douleurs abdominales aiguës de type colique....279
Survenue brutale d'une douleur abdominale sévère et persistante....280
Douleur abdominale sévère à début subaigu due à des organes
ou des viscères inflammés....282
Douleur dans le quadrant supérieur droit....282
Causes moins fréquentes à rechercher....283
Douleur dans le quadrant supérieur gauche....283

Douleur dans le quadrant inférieur droit....284
Douleur dans le quadrant inférieur gauche....284

28. Fatigue 285
Simple fatigue physiologique....285
Fatigue associée à des symptômes psychiatriques....285
Syndrome de fatigue chronique....286
Questions à poser....286

29. Perte de poids 287
Perte de poids chez les nourrissons....287
Perte de poids chez le jeune....288
Perte de poids chez l'adulte....288

30. Jambes gonflées 290
Le patient est-il malade?....290
Est-ce grave?....290
Quelques causes fréquentes....290
Quelques causes moins fréquentes mais toujours importantes....290
Groupes à risques....291
Trouver la cause....291
Que faire ensuite?....292

31. Douleurs articulaires 295
Le patient est-il malade?....293
La maladie est-elle grave?....293
Quelques causes fréquentes....293
Groupes à risque....293
Trouver la cause....294
Que faire ensuite?....294

32. Palpitations 295
Le patient est-il malade?....295
La maladie est-elle grave?....295
Quelques causes fréquentes....295

Quelques causes moins fréquentes mais toujours importantes....296
Groupes à risques....296
Trouver la cause....296
Que faire ensuite?....296

33. Malaise 297
Le patient est-il malade? La maladie est-elle grave?....297
Quelques causes fréquentes....297
Quelques causes plus rares mais toujours importantes....297
Groupes à risques....298
Trouver la cause....298
Que faire ensuite?....298

34. Collapsus 299
Le patient est-il malade?....299
La maladie est-elle grave?....299
Quelques causes fréquentes....299
Quelques causes moins fréquentes mais toujours importantes....299
Groupes à risque....299
Trouver la cause....299
Que faire ensuite?....300

35. Rectorragie (saignement digestif bas) 301
Le saignement est-il grave?....301
Le saignement peut-il provenir du haut appareil digestif?....302
Que rechercher chez un patient qui se plaint de rectorragie ?....302

36. Modifications du transit intestinal 304
Diarrhées....304
Diarrhées à début brutal....304
Diarrhées iatrogènes et changements diététiques....305
Diarrhées plus graves à début subaigu ou chronique....305
Incontinence anale....306
Constipation....306

Constipation chronique....306
Constipation de survenue récente....306
Alternance constipation et diarrhée....306

37. Hématémèse 308
Causes probables....308
Examen clinique....309
Que faire ensuite?....310

38. Hémoptysie 311
Quand prévoir des examens complémentaires urgents?....311
Autres causes d'hémoptysie....311
Que faire ensuite?....311

39. Ictère 313
Recueillez les antécédents de manière détaillée....313
Hépatite infectieuse....313
L'ictère, symptôme d'une autre maladie....315
Ictère médicamenteux....316
Maladies hépatiques chroniques....316
Ictère obstructif....316

40. Anémie et adénopathies 318
Symptômes communs à tous les patients anémiques....318
Symptômes liés à la cause de l'anémie....318
Signes cliniques à rechercher chez un patient anémique....318
Syndromes myéloprolifératifs....322
Évoquez la possibilité d'une hémoglobinopathie....322

41. Déficit moteur des membres 325
Étapes principales....325
En résumé....326

Index 331

Interrogatoire et examen clinique: les bases

A

Interrogatoire

01

• HISTOIRE DE LA MALADIE

Chaque maladie tend à se présenter de manière assez caractéristique. Les médecins essayent de regrouper d'une part les symptômes que rapporte le patient, d'autre part les modifications des signes physiques retrouvées à l'examen clinique, et enfin les modifications physiologiques et pathologiques retrouvées par les examens sanguins ou autres tests, en un ensemble reconnaissable et typique de la maladie. Après avoir fait un *diagnostic,* le médecin, se basant sur son expérience et sur ses connaissances, peut discuter avec le patient du *pronostic* envisagé et des différentes options de traitement. Le processus d'entretien avec le patient et son examen (ainsi que la prise de notes) est généralement appelé l'examen clinique du patient. La partie la plus importante de ce processus est l'histoire de la maladie.

Qu'est-ce qu'une histoire ?

Une histoire est le déroulement détaillé de la maladie actuelle du patient: les facteurs significatifs qui peuvent prédisposer à la maladie, les détails d'une maladie antérieure, les traitements actuels et passés, les éventuelles maladies familiales, la situation sociale et personnelle du patient et ses habitudes.

Les symptômes du patient sont importants parce qu'ils apportent la plupart des orientations diagnostiques et peuvent ainsi directement, par un examen clinique approprié, indiquer les différents examens complémentaires les plus aptes à confirmer une suspicion clinique et établir un diagnostic. Pour certaines maladies comme la migraine, il n'y a pas d'examen complémentaire efficace; le diagnostic reposera essentiellement sur une histoire bien retranscrite. Dans un angor, la description de la douleur thoracique liée à l'effort peut être suffisante pour permettre un diagnostic sûr sans examen complémentaire. En écoutant l'histoire d'un malade, vous apprenez son attitude vis-à-vis de sa maladie, vous percevez ses craintes, soit à travers des indices non verbalisés, soit par des commentaires d'évitement comme: « J'ai dit à ma fille que ce n'était pas un cancer parce que je n'ai pas craché de sang. »

Quelques conseils élémentaires

Vous pouvez vous sentir intimidé et manquer d'assurance lorsque vous parlerez avec les patients pour la première fois. Toutefois vous verrez qu'en général, ils vous aident et vous soutiennent, particulièrement si vous leur dites que vous êtes « un étudiant en médecine travaillant dans l'équipe du docteur X. »

Vous découvrirez que certains patients fournissent une liste de signes, petit à petit, concernant des événements apparemment sans lien les uns avec les autres, situation que vous estimerez tout d'abord complètement hors de propos. Pour le patient, ces circonstances peuvent apparaître comme les causes de sa maladie. Une interruption polie, une question légèrement différente peut les remettre « sur les rails ».

Ne vous laissez pas influencer par le diagnostic du patient, d'un parent ou même du médecin de famille : vous devez vous faire votre propre opinion en parlant et en examinant le patient. De plus, ne soyez pas déconcerté si le patient commence par mentionner des choses dans un ordre différent de celui de la liste du Point de

révision 1.3 à la fin de ce chapitre. Rappelez-vous simplement de ce qu'il a dit et faites-vous clarifier certains détails que vous aurez pu oublier.

Maintenez le plus souvent possible un contact visuel car ceci aide à établir une relation confiante avec votre patient et renforce l'impression que vous intéressez à lui. Essayez d'éviter d'interrompre votre patient. Dites poliment: « Je suis désolé, pouvez-vous m'éclaircir ce point... » Prenez des notes sommaires (le moins de mots possibles) pendant que le patient parle : cette prise de notes au fil de la conversation formera l'ossature de votre observation que vous rédigerez plus tard.

À faire, à ne pas faire

Quand vous parlez avec un patient :

Présentez-vous et expliquer pourquoi vous venez le voir;

> Demandez-lui si vous pouvez lui parler et l'examiner;

> Parlez *avec* et non pas *au* patient;

> Apprenez à être un bon auditeur;

> Soyez poli et respectueux à tout moment;

> Agissez avec courtoisie et évitez d'utiliser le prénom du patient, sauf s'il vous le demande;

> Évitez d'utiliser des termes paternalistes comme « mon grand » ou « mon cher »;

> Prenez davantage de temps avec un patient très jeune, très âgé ou malentendant;

> Posez des questions spécifiques pour déterminer si le patient souffre de troubles de la mémoire;

> Faites connaître à vos collègues médecins les questions que se pose le patient;

Respectez l'information qui vous a été donnée de manière confidentielle;

Résumez ce que le patient vous a dit et assurez-vous que ceci correspond à ce qu'il pense ;

Retranscrivez toute information lisiblement;

Faites-vous aider d'un interprète professionnel si nécessaire, entraîné à traduire les questions que vous posez: un membre de la famille n'est pas un bon intermédiaire;

> Conduisez la conversation mais ne mettez pas les mots dans la bouche du patient;

> Notez toutes les attitudes significatives (langage du corps) ;

> Recherchez les informations tout d'abord auprès du patient, puis auprès des parents, du partenaire ou d'un ami si nécessaire;

> Remettez les plaintes du patient dans le contexte social: des renseignements sur l'environnement familial, le travail, le type d'habitat et les loisirs peuvent être utiles;

> Demandez aux patients ce qu'ils pensent de la situation actuelle;

» Essayez d'établir la durée et le déroulement des événements de manière claire;

> Raccourcissez l'entretien si votre patient est très malade;

> Parlez avec la famille du patient, ses amis et son médecin de famille si le patient a des difficultés à communiquer, comme après un accident vasculaire cérébral (Fig. 1.1);

Figure 1.1. Parfois, avec des patients gravement malades, il sera impossible d'établir un contact personnel. Assurez-vous de pouvoir parler à quelqu'un qui vous apportera des formations. Ceci comprend les amis, les parents, le personnel soignant et les ambulanciers.

POINT DE RÉVISION 1.1

Distinguer ce qui est utile de ce qui ne l'est pas

POINT DE RÉVISION, 1.1

L'histoire familiale et sociale est cruciale pour la prise en charge d'un patient de vingt-cinq ans diminué par une sclérose en plaques mais ceci n'est pas forcément utile chez un adolescent jusqu'ici en bonne santé avec une appendicite aiguë.

> Rappelez-vous que l'examen clinique et les examens complémentaires contribuent beaucoup moins au diagnostic qu'une histoire de la maladie bien retranscrite.

Et rappelez-vous de ne pas :

> vous en faire si votre interrogatoire est haché et long;

> interrompre le patient sauf s'il est évident que la question a été mal comprise;

> écrire pendant que le patient parle;

> poser des questions orientées : essayez d'être le plus général possible;

> utiliser des mots scientifiques et un jargon que le patient ne peut pas comprendre;

> donner une opinion sur un diagnostic ou un traitement;

> utiliser un langage complexe, particulièrement chez les patients pour qui le français est la seconde langue;

> harceler un patient distrait: ceci empire la situation ;

> critiquer l'avis du docteur ou un traitement.

S'ENTRAÎNER À L'INTERROGATOIRE

Il est habituellement plus facile de s'exercer auprès de patients hospitalisés qu'auprès de patients très atteints qui viennent juste d'arriver en phase aiguë: il y a moins de pression sur les membres de l'équipe médicale pour aller rapidement au fond des choses. Saisissez ainsi toutes les opportunités de visiter les services et de parler avec les patients. Vous pouvez aussi dialoguer avec les patients qui récupèrent d'une maladie aiguë et qui souvent sont heureux d'avoir quelqu'un à qui parler, et qui les aide à occuper les longues journées d'hospitalisation. Essayez de ne pas consulter le dossier médical du patient avant de l'avoir rencontré.

Le fait que ces patients ne soient pas hospitalisés dans le service où vous travaillez n'a aucune importance. Vous devez simplement rencontrer de nombreux types de patients. Il vous sera probablement très difficile de n'oublier aucune question et il faudra vous référer souvent à votre « guide de poche de l'interrogatoire ». Ce n'est pas très grave. La pratique remédiera à la situation, sans compter que vos connaissances théoriques des maladies augmenteront rapidement.

Rappelez-vous de commencer par une question simple et « ouverte » avant de poser des questions plus détaillées, par exemple : « Quand avez-vous noté que les choses ont commencé à ne plus aller? » ou « Qu'est-il arrivé après? »

Erreurs fréquentes

En tant que novice, vous prendrez beaucoup de temps à enregistrer des plaintes détaillées apparemment sans fin et vous aurez l'impression que ceci ne vous mène nulle part. N'hésitez pas à interrompre poliment le patient s'il répond à côté de vos questions. Reformuler une question (en utilisant un langage plus familier par exemple) peut rediriger votre patient et raccourcir une réponse décousue.

Il est tentant de conclure trop rapidement sur la cause d'une maladie. Demandez-vous toujours si tout concorde. Sinon, assurez-vous que l'histoire vous donne une description claire de la chronologie des symptômes. Vérifiez que vous n'avez rien oublié.

Comment diriger un entretien

Les patients sont souvent très différents. Certains auront écrit une liste chronologique et extrêmement détaillée de tous leurs symptômes; d'autres vous exposeront divers symptômes mineurs apparemment sans liens; d'autres encore répondront à vos questions de manière monosyllabique et vous aurez des difficultés à les faire parler.

Une première stratégie consiste à poser juste une question, s'asseoir et attendre une réponse. Beaucoup de patients se seront entraînés à dire ce qu'ils voulaient exprimer pour que « cela sorte ». Vous pouvez y trouver quelques informations pertinentes alors n'essayez pas de les interrompre. Quand ils auront achevé leur discours, vous aurez la possibilité de revenir au début avec un « Il semble que votre problème principal soit une douleur dans la poitrine et que vous soyez essoufflé. Dans quelles circonstances ceci survient-il ? »

Certains patients sont vraiment loquaces et tiennent à vous informer de tous les détails de leur maladie. Maintenir « sur les rails » un patient très bavard peut sembler impossible au début mais essayez de ne pas paraître ennuyé et indifférent. La plupart des patients ne seront pas offensés si vous les interrompez poliment (pour mettre fin à des détails sans importance) et que vous leur faites comprendre que leurs problèmes vous intéressent.

Le patient le plus difficile est celui qui n'articule pas au point de s'exprimer de façon monosyllabique. Certains patients ont besoin d'encouragements avec des questions très simples souvent directes jusqu'à ce que leur confiance se renforce.

Enfin rappelez-vous que tout ceci requiert du temps, de la patience et de l'expérience pour développer une expertise dans n'importe quelle pratique. Interroger les patients ne fait pas exception.

Détailler la maladie

Les informations concernant l'âge du patient, son sexe, son groupe ethnique, sa profession actuelle (voire antérieure) et en particulier la situation sociale aident à replacer chaque maladie dans son contexte.

Documentez les plaintes du patient en utilisant dans la mesure du possible ses propres mots: les symptômes peuvent être interprétés différemment selon les personnes. Les patients décrivent fréquemment des trous de mémoire et ceci peut être dû à une grande variété de maladies. Une histoire retranscrite de manière attentionnée et une description claire vont permettre d'attribuer ce symptôme à un appareil en particulier et permettre parfois un diagnostic spécifique.

Il est important de rapporter les épisodes critiques de la maladie, car une séquence particulière d'événements peut indiquer un diagnostic particulier. Dans la méningite, des symptômes grippaux peuvent précéder la fièvre, la photophobie, la nausée et la raideur de nuque.

Parfois, la survenue de ces événements critiques sont liés à un programme de télévision particulier (pour des symptômes qui évoluent rapidement) ou à des vacances et à des anniversaires pour des maladies qui progressent lentement. En utilisant des événements familiers comme ceux-là, nous pouvons aider les patients à se rappeler de détails qui n'auraient peut-être pas mentionné.

POINT PRATIQUE

Quelques causes de perte de connaissance
Accidents de Stokes-Adams
Épilepsie
Évanouissement simple
Hypotension orthostatique (posturale)

Certains patients peuvent se remémorer certains événements plus rapidement que d'autres; il faudra donc leur poser des questions directes pour obtenir davantage de détails. Dire « Les vertiges sont très communs, quelle sorte de vertiges avez-vous ? » peut faire naître davantage de détails, mais vous devrez parfois poser des questions directes comme: « Avez-vous des étourdissements quand vous vous levez du lit le matin ? »

L'évolution dans le temps et la séquence des événements aident souvent à différencier une maladie d'une autre; l'histoire devra fournir un enregistrement précis, clair et chronologique des symptômes du patient. Essayez d'éviter les expressions comme « jeudi dernier ». Même si ceci est exact c'est moins utile que « il y a trois jours », ce qui guide mieux celui qui lira ces notes quelques jours (mois ou années) plus tard. Il est encore mieux d'écrire: « Douleurs dans la poitrine à l'effort il y a trois jours, s'aggravant progressivement le jour suivant et qui ont réveillé le patient il y a six heures. »

Vous devez d'abord rechercher le problème actuel, quand les choses ont commencé à aller

mal et comment elles ont évolué depuis. Osez une question très générale comme: « Quel est, actuellement, le principal problème? » suivi de: « À quel moment avez-vous réalisé que vous n'étiez pas bien ?» À ce stade, retranscrivez toujours les mots du patient: vous pourrez les traduire en jargon médical plus tard.

Faites attention à ne pas mettre les mots dans la bouche du patient. Si un patient affirme que ses selles ont changé de couleur, demandez: « De quelle couleur sont-elles? » plutôt que de dire: « Noires? » si vous suspectez un méléna provenant d'un ulcère peptique hémorragique.

Enquête systématique

Les patients ne peuvent se rappeler ou fournir spontanément toutes les informations dont vous avez besoin pour déterminer l'impact d'une maladie sur l'ensemble de l'organisme. Une enquête systématique permet de rafraîchir la mémoire des patients en utilisant des questions directes. Chez des personnes jeunes, les réponses seront négatives, mais avec l'âge et les ennuis médicaux accumulés, les réponses seront plus souvent positives; alors, vous devrez approfondir davantage pour savoir par exemple: « Que voulez vous dire exactement lorsque vous dites avoir des palpitations? »

Vous apprendrez rapidement que vous pouvez évaluer l'état d'un organisme dans son ensemble en juste quelques questions, dont la liste se trouve au Point de révision 1.2.

Antécédents médicaux

Beaucoup de patients décrivent facilement leurs affections antérieures, particulièrement si le médecin s'est trompé de diagnostic ou s'il a sous-estimé la récupération du patient. Dans le cas contraire, vous devrez lui demander si une maladie lui a fait perdre son travail ou s'absenter de l'école. La durée du retour à la normale est significative de la sévérité de la maladie. Pour un infarctus du myocarde, une hospitalisation d'une semaine et une récupération complète en trois mois est la norme, des délais plus longs suggérant une complication majeure comme une décompensation cardiaque ou une persistance de la douleur thoracique à l'effort. Des comptes rendus d'hospitalisation et des lettres du médecin de famille sont également utiles.

Des patienLs âgés ont survécu à une époque où des maladies graves comme la tuberculose ou le rhumatisme articulaire aigu étaient fréquents; le vieillissement augmente le risque de diabète, d'hypertension artérielle et d'infarctus du myocarde, il est utile de s'en inquiéter.

POINT DE RÉVISION **1.2**

Enquête systématique

État général
- Poids, appétit, fièvre, sommeil, humeur

Cardiovasculaire/respiratoire
- Tolérance à l'effort, essoufflement, douleur thoracique, toux, œdème des chevilles, dyspnée nocturne, respiration sifflante

Digestif
- Douleurs abdominales, nausées, vomissements, transit intestinal habituel

Génito-urinaire
- Fréquence des mictions, dysurie, incontinence, menstruations

Nerveux
- Céphalées, faiblesse des jambes, sensations altérées, difficultés de langage et d'audition

Locomoteur
- Douleur des articulations, raideur, douleurs lombaires

Histoire familiale et sociale

Des patients peuvent rapporter qu'un cancer ou une maladie cardiaque affecte la famille. Lorsque vous vous renseignez sur l'histoire familiale, demandez s'il existe une éventuelle maladie héréditaire ou une prédisposition génétique. Découvrir que les membres de la famille d'un patient sont tous morts octogénaires d'une maladie cardiaque peut être intéressant mais ne suggère pas une maladie génétique. Une famille avec une thalassémie manifeste évidemment des problèmes différents.

Les anniversaires de la mort de proches parents sont souvent l'occasion de craintes irraisonnées parmi les survivants de la famille cl ceci peut précipiter des visites inutiles chez le médecin pour des plaintes mineures; ceci est particulièrement

vrai pour l'infarctus du myocarde ou le cancer.

Si vous suspectez une maladie héréditaire, vous devez construire l'arbre généalogique comme sur la figure 1.2a, en les utilisant les symboles de la figure 1.2b.

Avec les patients âgés, il est important de savoir s'ils sont indépendants ou qui est leur aide principale. La conception de la maison est également importante en raison de leur mobilité limitée et de leur difficulté à franchir les escaliers. L'aide de services sociaux ou de voisins compatissants doit également être notée.

Si vous suspectez des difficultés financières, celles-ci justifieront une demande de prise en charge complète.

Habituellement, les médecins s'inquiètent peu de l'histoire sociale, le plus souvent à cause des contraintes de temps. Toute suggestion d'une maladie professionnelle doit orienter vers le type de travail, l'exposition à des produits chimiques toxiques ou risqués comme l'amiante, et l'environnement professionnel.

Si nécessaire, tous les antécédents professionnels depuis la sortie de l'école peuvent être

Figure 1.2. (a) Comment retracer une histoire familiale à partir des observations hospitalières de Catherine, qui a été admise à l'hôpital pour un asthme, (b) Symboles utilisés pour construire l'arbre généalogique d'une famille présentant une maladie génétique.

importants. Les médecins sont particulièrement peu aptes à retracer une histoire d'alcoolisme. Les grands buveurs se retrouvent dans la marine marchande, l'armée, les tenanciers de débits de boisson, les hommes d'affaires et les médecins eux-mêmes. La plupart des personnes sous-estiment la quantité consommée. Avec ces professions, commencez par négocier la quantité exacte de consommation d'alcool dans leur milieu: « Un certain nombre de personnes dans votre métier boivent beaucoup, habituellement cinq ou six verres par nuit. Est-ce que cela s'applique à vous ? »

A contrario, la plupart des patients qui fument dévoilent exactement leur consommation. Le nombre de cigarettes fumées est probablement plus facile à évaluer que la consommation l'alcool.

Les activités de loisir provoquent rarement des problèmes de santé chez les personnes âgées mais les jeunes sportifs requièrent parfois une aide pour reprendre leurs activités.

Il n'est pas habituel d'interroger sur les activités sexuelles sauf s'il y a des raisons particulières à cela (ri chapitre 19).

Traitements antérieurs

L'âge avançant, un patient peut cumuler plusieurs problèmes médicaux, nécessitant une importante quantité de médicaments pour contrôler ou supprimer les symptômes. Inspectez toujours les médicaments que le patient vous apporte. Certains sont en cours de validité, d'autres plus « anciens » sont parfois périmés ce qui provoque une confusion chez les personnes âgées.

Prenez l'habitude de noter l'utilisation de chaque médicament. Vous apprendrez très vite à reconnaître ceux qui sont prescrits communément, comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antidépresseurs, et tous les médicaments à visée cardiaque et respiratoire.

1 COMMENT REDIGER UNE BONNE HISTOIRE

Les observations du patient sont des sources d'informations de grande valeur. Elles fournissent:

> un procès-verbal de la plainte originelle du patient, les orientations thérapeutiques et la réponse au traitement;

> les résultats des investigations réalisées pour établir ou rejeter un diagnostic;

> la liste des principales affections d'une histoire médicale personnelle;

> une observation légale;

> des données d'expertise et de recherche;

> des informations additionnelles concernant la famille et son médecin généraliste.

POINT PRATIQUE

Les résultats des examens doivent être reproduits et complétés.

L'observation du patient doit être :

- **exacte;**
- **lisible;**
- **ordonnée;**
- **à jour.**

Rappelez-vous de ces points lorsque vous écrirez votre observation. Par-dessus tout, assurez-vous que l'observation est exacte et lisible, maintenez-la ordonnée et à jour avec le report des résultats des examens complémentaires. Utilisez des points ou des marques graphiques pour attirer l'attention sur une information importante. Quand une information manque, parlez-en avec le médecin généraliste ou un membre de la famille.

Pour un patient hospitalisé, l'observation doit comprendre :

> le recueil journalier;

> tout examen complémentaire significatif dans le résultat des requêtes diagnostiques (ceci peut être un résultat positif ou négatif). L'usage de l'encre rouge ou l'écriture en lettres capitales seront utiles lors de votre présentation au cours de la visite;

> toute discussion avec le patient (ou avec ses proches) au sujet de problèmes médicaux, familiaux ou sociaux relevant de la prise en charge médicale;

toute discussion de résultats d'examens importants;

> toute constatation de détérioration clinique;

> des résumés des discussions lors des visites;

> tout changement dans la prise en charge, en particulier des décisions de réanimation après

POINT DE RÉVISION 1.3

Synopsis d'une observation

1. *Informations essentielles*
   Nom. Âge et date de naissance. Sexe. Statut marital. Profession. Groupe ethnique.
2. *Plaintes actuelles*
   À rapporter avec les mots du patient.
3. *Histoire de la plainte actuelle*
   Ordre chronologique de tous les symptômes. Changement de caractère en particulier facteurs de gravité. Traitements suivis (automédication incluse) et réponses aux traitements. Retranscription des réponses principales (positives et négatives) aux questions directes pour aider au diagnostic.
4. *Examen systématique*
   (a) Système digestif et abdominal
   Appétit. Poids. Nausées, vomissements et régurgitations. Difficultés à avaler. « Indigestions et brûlures d'estomac ». Présence de sang dans le vomi ou les selles. Douleurs abdominales et distension du ventre. Transit intestinal habituel et changements éventuels. Caractère des selles. Jaunisse.
   (b) Système respiratoire
   Toux ou les pertes de sang. Crachats. Essoufflement (dyspnée) au repos ou à l'effort. Enrouement. Respiration sifflante. Douleurs ou gêne thoracique.
   (c) Système cardiovasculaire
   Essoufflement au repos, à l'exercice, en décubitus strict au lit ou réveillant le patient. Douleur thoracique. Toux. Œdème des chevilles. Tolérance à l'effort. Douleurs des membres inférieurs à la marche. Palpitations. Syncope.
   (d) Système urogenital
   Douleurs lombaires. Œdème des chevilles, des mains ou du visage. Fréquence des mictions, leurs urgences, les difficultés, les douleurs ou un saignement. Soif. Problèmes sexuels. Histoire des menstruations incluant le ménarche et la ménopause. Grossesses et complications.
   (e) Système nerveux
   Évanouissements et perte de conscience. Maintient général. Faiblesse musculaire, paralysie, raideur et tremblement, symptômes sensitifs. Modification du goût, de la vision, de l'audition, de l'équilibre, de la personnalité ou du comportement. Céphalées. Langage.
   (f) Système musculeux squelettique
   Douleurs musculaires articulaires, gonflement ou raideur. Faiblesse. Difficultés à la marche.
5. *Histoire médicale antérieure*
   Maladie antérieure, opérations ou accidents. Histoire des principales maladies comme le diabète, le rhumatisme articulaire aigu, la diphtérie, la tuberculose, l'infarctus du myocarde. Allergies, en particulier médicamenteuse.
6. *Traitement en cours*
   Détails précis incluant la posologie et la fréquence des prises.
7. *Histoire familiale, personnelle et sociale*
   Causes du décès des proches parents, maladies familiales et décès prématurés. Statut marital. Type d'habitation. Occupation ou profession actuelle (et autres professions antérieurement exercées). Exposition industrielle dangereuse. Voyages outre-mer. Tabagisme et prise d'alcool.

un arrêt cardiaque ou d'aggravation rapide vers le décès.

> En résumé

Quand vous pensez avoir établi clairement ce qui a amené un patient à rechercher une aide médicale, résumez brièvement ce que vous avez glané. Ceci vous offre l'opportunité de critiquer et mettre en forme l'histoire. Vous trouverez cela difficile au début mais avec de la pratique, de l'expérience, des lectures appropriées, et en observant l'équipe médicale au moment des visites, vous apprendrez rapidement comment dresser une liste pertinente des diagnostics possibles. Maintenant, il faut vous concentrer sur la recherche des signes spécifiques associés à chacun des diagnostics possibles lorsque vous examinez le patient.

En pratique

ERREURS FRÉQUENTES, COMMENT LES ÉVITER

De la mesure en toute chose

Jusqu'à présent nous avons insisté sur l'importance qu'il y a à réaliser en routine un examen clinique complet, ceci pour vous familiariser avec une séquence de travail et pour s'assurer que rien n'a été oublié. Quand vous aurez appris ceci, il est particulièrement essentiel de trouver un juste milieu. C'est sans aucun doute une perte de temps que d'examiner la sensibilité des jambes de manière détaillée quand votre patient présente une jaunisse au cours d'une poussée de colique hépatique.

Quoi qu'il en soit, il est très pertinent d'évaluer avec attention les fonctions cognitives chez un patient dont l'ictère s'aggrave par une infection hépatique. L'expérience seule vous apprendra à trouver ce juste milieu.

Ne rendez pas les choses difficiles

La plupart des erreurs apparaissent lors d'un examen précipité :

- Assurez-vous que le matériel dont vous avez besoin est à portée de main;
- Consacrez suffisamment de temps à l'examen clinique;

Ne vous pressez pas;

Ne faites pas d'impasse en essayant d'examiner le patient qui est couché de manière inconfortable dans son lit et qui n'est pas convenablement déshabillé.

Ne notez que ce que vous avez **examiné** et ce que'vous avez trouvé

Il est fréquent de ne pas avoir suffisamment de temps pour faire un examen complet. Si, pour certaines raisons, vous n'avez pas examiné un système particulier, écrivez-le. Dans votre observation, vous pourrez noter ceci de la manière suivante: « Système nerveux central: non examiné. »

Les observations doivent être précises pour être pertinentes; vous ne devez pas inscrire des constatations tronquées comme: « Système nerveux central: pas d'anomalie détectée. » Cela implique que vous ayez réalisé un examen complet et que vous n'avez pas trouvé d'anomalie significative. En d'autres termes, le système nerveux central est normal. Il est plus judicieux de décrire ce que vous avez examiné ce jour-là :

- fond d'yeux normaux;
- nerfs crâniens examinés normaux;
- membres supérieurs et inférieurs: tonus, force musculaire, coordination, réflexes et sensibilité normaux.

Si le patient développe plus tard une paraparésie spastique, ceci peut aider au diagnostic différentiel en rappelant quel moment précis les systèmes nerveux central et périphérique ont été vérifiés de manière complète et qu'ils étaient normaux.

Évitez de vous **« couvrir »**

Les étudiants disent souvent « présence d'un hippocratisme limite » ou que « les bords du fond d'œil sont probablement flous ».

Vous ne pouvez pas avoir les deux possibilités. Essayez d'aboutir à une conclusion ferme, à savoir s'il y a ou non des signes physiques anormaux. Ceci deviendra plus facile avec la pratique.

N'inventez pas des signes physiques que vous pensez être présents

Très souvent, l'histoire clinique oriente vers une hypothèse particulière, et à l'examen, certaines constatations physiques confirment les suspicions cliniques. Ceci ne veut pas dire que tous les signes doivent concorder. Par exemple, prenons le cas d'un homme âgé porteur d'un angor coronarien, chez qui l'on retrouve un souffle précordial systolique puissant, irradiant vers le cou. L'examen conduit très raisonnablement au diagnostic possible de sténose aortique. Fréquemment les étudiants inventent alors une élévation lente du pouls (un des caractères de la sténose aortique sévère) alors que le pouls est normal. Tous les signes physiques concordants ne sont pas nécessairement requis (ou présents) pour établir un diagnostic clinique. C'est être gourmand que d'exiger la présence de tous les signes cliniques pour chaque patient.

Erreurs fréquentes

Elles sont abordées dans les chapitres suivants mais le Point de révision 3.1 liste certains exemples.

Évitez d'introduire votre propre biais

Retranscrivez toujours ce que vous avez trouvé, et non pas ce que vous pensez que vous allez trouver. Ceci évite d'introduire vos propres préjugés dans le tableau clinique.

La tension artérielle (TA) est à des paramètres susceptibles d'être biaisés. Beaucoup d'étudiants ont une « préférence numérique », particulièrement pour les chiffres « ronds ». Par exemple, ils reportent les chiffres de tension artérielle par unités de cinq ou dix :

- TA: 120/85 ;
  P:90/min.

Si vous prenez la peine de les mesurer avec attention, vous allez trouver les valeurs suivantes:

- TA: 124/86 ;
  94/min.

Le seul signe clinique qui ne requiert pas d'enregistrement précis est probablement la fréquence respiratoire. Habituellement, il suffit d'observer si la fréquence est manifestement plus rapide que celle de l'observateur.

N'utilisez que des abréviations bien acceptées

Malheureusement beaucoup de médecins ont une langue abrégée. Ceci peut aboutir à une sténographie médicale du genre: « Le MC a appelé pour dire que le MR du SAMU a admis un IDM avec TSV et une TA de 90/70 ayant présenté des épisodes fréquents de DPN et qu'il est maintenant en IVG* »

Utiliser un langage et des abréviations connus seulement des membres d'une spécialité particulière est une autre forme de sténographie. Malheureusement ce n'est pas spécialement élégant, c'est équivoque pour les non-spécialistes et, fait plus important, cela peut devenir dangereux.

COMMENT RÉDIGER UNE OBSERVATION

Examen de routine

Il n'y a pas de parfaite manière standardisée de décrire une observation clinique. Tout dépend

* Le médecin généraliste a appelé pour dire que le médecin régulateur du SAMU a admis un patient victime d'un infarctus du myocarde, avec tachycardie supraventriculaire et tension artérielle de 90/70 et ayant présenté des épisodes fréquents de dyspnée paroxystique nocturne et qu'il est maintenant en insuffisance ventriculaire gauche.

Quelques erreurs faites en examinant les patients - point de révision 3.1

système	*Erreur*	*Commentaires*
Cardiovasculaire	Évaluer la pression veineuse jugulaire (PVJ) en utilisant la veine jugulaire externe.	Utiliser la veine jugulaire interne (non utilisé en France [NdT]).
	Supposer que les valves se situent en face des aires traditionnellement décrites : aortique, mitrale, pulmonaire et tricuspide.	Voir texte page 51.
	Rechercher un œdème des chevilles chez un patient alité.	Rechercher dans la région sacrée.
Respiratoire	Prendre des ongles incurvés longitudinalement pour un hippocratisme.	Voir texte page 68.
	Assimiler le terme « diminution de l'entrée d'air » à toutes les causes d'hypoventilation.	Écrire ce que vous entendez, pas ce que vous pensez être la cause sous-jacente.
	Attribuer une matité et une abolition du murmure vésiculaire à la base avec un épanchement pleural lorsque existe une hépatomégalie.	Chercher d'autres signes cliniques.
	Accorder trop d'importance à la transmission des vibrations vocales.	Ceci ne fait aucune différence d'interprétation des signes cliniques.
Castro-intestinal	Surdiagnostiquer une jaunisse chez les personnes noires.	La sclère est souvent jaune chez les personnes en bonne santé.
	Considérer un péristaltisme visible comme anormal chez les personnes âgées.	Souvent normal chez les personnes âgées maigres.
	Ressentir une masse dans la fosse iliaque droite.	Le caecum est palpable chez les femmes minces.
Nerveux	Évaluer le réflexe photomoteur avec une lampe de poche placée directement devant l'œil.	Les patients regardent la lumière et accommodent. Disposer la source lumineuse latéralement.
	Rechercher des fasciculations de la langue sur une langue tirée.	Observer la langue immobile dans la cavité orale.
	Prétendre que les réflexes sont absents sans utiliser des manœuvres de provocation.	Voir texte page 127.

des circonstances et des préférences individuelles. Beaucoup de médecins préfèrent commencer par l'appareil dont l'histoire clinique suggère l'atteinte. Ceci est essentiel quand l'urgence commande une l'évaluation rapide.

Ce paragraphe vous apporte toutefois un guide standardisé comprenant des suggestions qui suffiront à la plupart des situations non urgentes.

Points de révisions 3.2

Ne perdez pas de temps avec des détails superflus.

Évitez les abréviations comme RAS (Rien à signaler).

Si vous n'avez pas examiné complètement l'appareil, ne transcrivez que ce que vous avez examiné.

Ne trouvez pas des signes parce que vous pensez qu'ils devraient être présents.

Examen général
"Croquis sur le vif"

Il est toujours utile de commencer par un court « croquis sur le vif » pour faire comprendre à celui qui lira vos notes quelle a été votre impression générale sur le patient à un moment particulier. « Une femme de quatre-vingt-cinq ans très vive et spirituelle qui a manifestement perdu beaucoup de poids » signifie immédiatement que cette vieille dame, bien que malade, ne se laissera pas abattre comme cela. Observez la différence avec un commentaire terne comme « évidente perte de poids », qui apparaît souvent en début d'observation.

Soyez prudent en utilisant ce que vous croyez être des commentaires codés et astucieux comme: « Manque de neurones ». Ne pensez jamais que votre patient (ou ses proches) ne va pas comprendre.

Vous éviterez ainsi dans le futur des embarras si un patient froissé ou un avocat demande à consulter le dossier médical.

Comment faire ?

Vous trouverez en page suivante quelques idées utiles (Ex. 1). La colonne de gauche montre comment retranscrire les signes physiques d'un ouvrier sidérurgiste à la retraite, qui a été admis à l'hôpital en urgence pour une dyspnée sévère en rapport avec un collapsus du poumon droit sur carcinome bronchique. Sont présentés, à droite de cette description, des commentaires et des suggestions sur des manières différentes de retranscrire les constatations, ce qui peut être utile dans des circonstances différentes.

Point de révision 3.3
Ecrire une observation clinique

Notez la date et l'heure de l'examen.

Commencez par un croquis à vif.

Notez vos constatations de manière systématique.

Ajoutez des diagrammes si nécessaire.

Posez un diagnostic principal et des diagnostics différentiels à la fin.

Si vous ne savez pas ce qui ne va pas, dites-le.

"Bonnes" et "moins bonnes" pratiques

Dans beaucoup de domaines de la pratique médicale, rien de remplace l'expérience. Après avoir mené un bon interrogatoire et un examen clinique de qualité, vos efforts seront vains si vous ne transcrivez pas correctement vos constatations. De manière générale, « ce qui n'est pas écrit n'a jamais été réalisé ».

Cette rédaction n'a pas besoin d'être particulièrement détaillée mais doit inclure:

tous les signes cliniques positifs significatifs;

tous les signes cliniques que vous avez recherchés mais pas retrouvés, ce qui construit vos diagnostics différentiels.

La finesse des détails est matière à expérience. Il n'est pas nécessaire, par exemple, de lister toutes les caractéristiques de l'hippocratisme digital s'il est évident pour tous que le patient présente bien un hippocratisme manifeste. Toutefois, si vous constatez que les deux poignets sont douloureux, également rouges et gonflés, il est important de le noter si l'on pense à une association possible avec une ostéoarthropathie hypertrophique pulmonaire.

Quelques règles générales

Même si vous êtes de nature ordonnée, assurez-vous toujours :

de noter immédiatement les détails pendant que vous examinez le patient;

que ce que vous notez dans l'observation est lisible;

que les notes sont ordonnées. Vérifiez et retranscrivez les résultats correctement et rapidement;

> que les résultats importants sont toujours notés bien en évidence. Utilisez de l'encre rouge;

si une batterie de dosages est prescrite (comme les enzymes cardiaques), écrivez les résultats ensemble pour faire apparaître de manière évidente le diagnostic d'infarctus du myocarde;

3 Interrogatoire et examen clinique: les bases

EXEMPLE 1

Patient: M. PCL

11 heures, 2 mai 1999
À l'examen

Quand vous examinez un patient, prenez l'habitude de commencer en écrivant la date et l'heure à laquelle vous avez vu le patient.

Examen général

Quelque peu émacié, déprimé mais alerte, ronchon, vieil homme dyspnéique au repos.
Cyanose ++.

Ce portrait pris sur le vif aide à personnaliser l'observation et à se souvenir du patient.

Important amaigrissement.

Si possible, notez le poids habituel.

Pas d'anémie clinique.
T:37,5°C.

Notez la température (T). Elle peut être également rapportée par les observations des infirmières mais elle joue également un rôle important dans l'observation clinique. Il est insuffisant de noter « Température normale ». Écrivez le résultat précis de la mesure. S'il est bas, vérifiez avec un thermomètre à graduation et rapportez ce que vous avez été fait.

Alternative :
Vous pouvez retranscrire la température, le pouls, la respiration et la pression artérielle en début d'observation et la cyanose dans le paragraphe respiratoire si vous préférez.

Système cardiovasculaire

P : régulier 90/mn, extrasystoles occasionnelles.
TA : 124/78 au bras droit, assis, phase V.
PVJ : non élevée.
Pas d'hépatomégalie, pas d'œdème sacré ou des chevilles.

Notez toujours la position dans lequel le patient se trouve, le membre qui a servi à la mesure de la pression artérielle.

Apex cardiaque du 5e espace intercostal gauche à 10 cm de la ligne médiane.
Palpation du précordium normale.
Bruits du cœur normaux. Pas de souffle.

Vous pouvez retranscrire les bruits du cœur comme ceci :

Système respiratoire

Dyspnée au repos, fréquence respiratoire 28/mn.
Pas de stridor ni de sifflement évident.
Cyanose centrale.
Hippocratisme digital important, en baguette de tambours, des doigts et des orteils.
Pas de gonflement des poignets ni des chevilles.
Trachée déviée vers la droite.
Mouvements thoraciques sont réduits à droite.
À la percussion, matité de la partie antérieure et postérieure de l'hémithorax droit.
Murmure vésiculaire réduit dans l'ensemble du poumon droit, particulièrement à la base.
Sibilants inspiratoires bilatéraux.
Crépitants à la base droite.

Les signes thoraciques peuvent être résumés sur un simple diagramme :

(suite)

Système gastro-intestinal

Langue chargée.
Bouche édentée.
Paroi abdominale fine avec péristaltisme visible.
Foie (F), rate (R), et reins (Re) non palpables.
TR - Hypertrophie prostatique ferme et régulière.

Ici aussi, les signes abdominaux peuvent être résumés dans un diagramme comme celui-ci :

Système nerveux central

Parfaitement alerte mais les fonctions intellectuelles n'ont pu être évaluées en raison du mauvais état général.
Langage normal.
Réflexes photo moteurs direct et consensuel présents et symétriques.
Fonds d'œil normaux.
Hypoacousie centrale gauche.

Dans d'autres circonstances, les fonctions supérieures doivent être évaluées avec soin, *cf.* « Mini Mental State » au chapitre 13.

Appareil locomoteur

Faiblesses musculaires des membres mais pas d'atrophie.
Réflexes bicipitaux, pronateurs, tricipitaux, rotuliens et achilléens normaux.
Réflexes cutanés plantaires en flexion.
Sensibilité non testée. Patient fatigué.

Les réflexes peuvent être notés ainsi :

Réflexes	Droit	Gauche
Bicipital	+	+
Cubito-pronateur	+	+
Tricipital	+	+
Cutanés abdominaux	+	+
Rotulien	+	+
Achilléen	+	+
Plantaire	+	+

Système lymphatique

Adénopathie axillaire droite de 2,5 cm de diamètre.

II est préférable de mesurer la taille en cm plutôt que de faire référence à un fruit ou un légume.

En résumé

Un homme malade avec un amaigrissement évident, gros fumeur se présentant avec une hémoptysie. Signes cliniques d'hippocratisme digital, adénopathie axillaire et collapsus du poumon droit.

Essayez de résumer les points marquants en peu de lignes.

Diagnostic

Carcinome bronchique provoquant un collapsus du poumon droit et envahissement ganglionnaire axillaire droit.

En d'autres circonstances, quand les signes sont moins évidents, quelques diagnostiques différentiels dans l'ordre de probabilité seront plus appropriés.

Exemple d'un tableau simple qui montre les résultats d'une batterie de dosages « cardiaques » d'un « coup d'œil. »

	Jour 1	Jour 2	Jour 3
CK (créatine-kinase)			
Troponine			

- Laissez de la place pour un oubli éventuel;
- Ne modifiez jamais une observation rétrospectivement sauf si vous mentionnez clairement la date des modifications ou des additions.

La pratique de la rédaction est aussi importante

que la pratique de n'importe quel savoir-faire clinique: plus vous en faites, plus cela devient facile. Il peut être utile d'observer la manière de faire des médecins du service lorsqu'ils rédigent leurs observations. Vous apprendrez rapidement l'importance d'une bonne observation écrite quand on vous demandera de voir un patient que vous ne connaissez pas et dont l'état vient brutalement de s'aggraver. Des notes concises et bien disposées vous aideront à bien appréhender les problèmes médicaux dans un délai minimum.

POINT PRATIQUE

Ne pas oublier

« Ce qui n'est pas écrit n'a jamais été réalisé. »

À ne pas faire

Nous allons maintenant voir ce qu'il ne faut pas faire en rédigeant une observation. Le cas ci-dessous est une des premières tentatives d'examen d'un patient.

Dans ce cas (Exemple 2), une femme d'âge moyen se présente avec un abdomen gonflé et facilement couvert d'ecchymoses. Elle a perdu l'appétit depuis six mois et boit de grandes quantités d'alcool, mais affirme à l'étudiant novice que son alcoolisme est « mondain ». Bien que les signes soient retranscrits correctement, le lecteur de l'observation n'a aucune information concernant son milieu ou ses habitudes de vie.

Diagnostic

Ascite

Là, le problème est que cette observation peut se rapporter à n'importe quel patient atteint d'une ascite. En réalité, la description « femme avec une ascite et une jaunisse » n'apporte rien de plus que les notes. Le rédacteur des notes n'a pas raisonné correctement.

Écrire d'emblée qu'il s'agit d'une « femme d'âge moyen, énervée et ictérique, sentant très fort l'alcool » présente non seulement une image très claire de la patiente mais oriente immédiatement vers la possibilité d'une cirrhose alcoolique comme étant la cause principale de ces problèmes.

EXEMPLE **2**

À l'examen

Apparence générale
Satisfaisante
Jaunisse (ictère). Quelques angiomes

Appareil cardiovasculaire
RAS
P: 72
TA: 120/80
Bruits du cœur: normaux

Appareil respiratoire
RAS à l'exception de l'hippocratisme digital

Appareil digestif
Abdomen distendu par l'ascite. Hépatomégalie
Rate palpable? Pas de masse
TR négatif

Système nerveux central
Grossièrement normal
RPM normal
ROT rotuliens et achilléen négatifs

Diagnostic
Ascite

Ensuite doivent figurer dans l'observation les stigmates des maladies hépatiques chroniques. Bien que les angiomes stellaires aient été mentionnés, il aurait été utile de savoir qu'ils étaient « nombreux, certains confluents, répartis sur la face, les membres supérieurs et le tronc » puis viendra la description des autres signes de l'hépatopathie comme un érythème palmaire, les ongles blancs et l'hippocratisme digital.

Quant à l'abdomen, l'importance de l'ascite n'est pas mentionnée, ni la taille, la fermeté et la régularité du foie. Le commentaire à propos de la rate, « palpable? », n'a aucune valeur.

POINT PRATIQUE

A faire

Donner une description succincte et générale de votre patient au début de l'observation.
Se concentrer sur les signes anormaux.
Rapporter les paramètres essentiels comme la tension artérielle, la température et le pouls.
Souligner les signes négatifs s'ils influencent le diagnostic.

À ne PAS faire

Se perdre en listant les constatations négatives sans rapport avec l'histoire clinique.

Lors de l'examen du système nerveux, on peut se douter que l'examinateur n'a rien fait d'autre, pour affirmer que le patient est conscient, que d'observer la pupille et tester les réflexes rotuliens et achilléens. La majorité des étudiants savent probablement que RPM veut dire réflexe photomoteur et que ROT signifie réflexe moteur, mais une propension excessive aux abréviations peut être frustrante et irritante pour le lecteur.

POINT PRATIQUE

Personnaliser l'observation du patient
Faites-vous votre propre opinion sur les signes cliniques : sont-ils présents ou non ?
Réfléchissez et pensez « diagnostic différentiel » tout au long de votre examen.
Essayez d'éviter les abréviations.

1 PRÉSENTER UNE OBSERVATION CONCISE PENDANT UNE VISITE

Un étudiant devient très anxieux lorsqu'on lui demande de présenter l'histoire du patient et l'observation devant l'équipe médicale au complet lors de la visite. Beaucoup de médecins seront bienveillants, pour peu que vous ayez fait votre travail personnel et préparé convenablement vos notes.

L'idée est de donner aux autres membres de l'équipe (qui peuvent ne pas avoir vu le patient avant) un synopsis de l'histoire du patient, des signes cliniques importants, du diagnostic en cours, du résultat des examens complémentaires et de l'évolution. C'est aussi une occasion de montrer vos progrès. Ce n'est pas le moment de découvrir que vos notes sont chaotiques, illisibles ou incomplètes.

• Exercez-vous à présenter devant vos collègues étudiants. Ceci rendra votre présentation « en vrai » moins stressante;

• Exprimez-vous d'une voix claire et (espérons) confiante. Tout le monde devra vous entendre;

• La nervosité vous fera vous exprimer un peu plus vite que la normale. Ceci s'améliore avec la pratique;

• Ne vous en faites pas si votre version de l'histoire diffère de celle des autres. Les patients apportent plus d'Informations à la même question si elle a été posée à plusieurs reprises;

• Rapportez les plaintes du patient en utilisant ses propres mots;

POINT PRATIQUE

Il est plus facile de mémoriser les principales caractéristiques d'une maladie en voyant des patients qu'en se rappelant le contenu d'un livre.

• Décrivez précisément quand et dans quel ordre les symptômes sont apparus. Rassembler de manière pertinente des « faits » apparemment sans lien est une capacité que vous devrez développer;

• Incluez-y les facteurs de risque aggravants susceptibles de provoquer des symptômes. C'est une occasion d'évaluer le risque de récidive après le retour à domicile;

Mentionnez le contexte familial et social* ce qui influencera la prise en charge présente et future;

• Ne rapportez pas toutes les interventions et les hospitalisations du patient sauf si elles ont un lien direct avec la maladie actuelle. Par exemple, un épisode de dyspnée avec douleur thoracique s'aggravant à l'inspiration évoque une embolie pulmonaire; mentionner la mise en place d'une prothèse de hanche il y a deux semaines est très pertinent, une cholécystectomie dix ans auparavant ne l'est pas;

• Rappelez-vous que la situation peut avoir changé depuis votre dernier contact avec le patient;

> Essayez d'éviter de tout lire mot à mot. Présentez les faits marquants mais soyez prêts à les développer si votre superviseur veut plus de détails. N'ayez pas peur d'établir un contact visuel avec lui. Quand vous serez plus confiant, il arrivera un moment où les notes seront de moins en moins utiles et vous serez alors capable de présenter de mémoire les faits marquants.

* Certains consultants aiment avoir un bref résumé de l'histoire sociale: cela replace la maladie et le patient dans un contexte particulier.

POINT DE RÉVISION **3.4**

Erreurs fréquentes

Vos premières présentations seront:

trop longues (parce que vous ne savez pas ce qu'il faut supprimer) ;

trop vagues (parce que vous ne savez pas ce qu'il faut dire) ;

peu contributives au diagnostic (parce que votre connaissance de la maladie est modeste) ;

dispersées (parce que rapporter une histoire nécessite de la pratique).

Si vous savez à l'avance que l'on vous demandera de présenter, essayez de lire vos notes avant la visite. Vous ferez bonne impression si vous utilisez vos notes uniquement comme « aide-mémoire », parce que vous aurez décrit l'histoire du patient de mémoire.

Même si vous avez noté les réponses à toutes les questions que vous avez posées, elles auront souvent peu de rapport avec le problème principal; ainsi, chez un patient avec des problèmes cardiaques, évitez dans la mesure du possible de vous éloigner du sujet en disant: « Il n'y a aucun symptôme d'une atteinte respiratoire, gastro-entérologique ou neurologique ». Des raccourcis de ce genre font gagner du temps.

Les fautes sont inévitables. Vous pouvez ne pas avoir maîtrisé le problème principal; les réponses du patient peuvent avoir été peu pertinentes et vous n'avez peut-être pas su faire la synthèse. Une pratique régulière de la prise et de la présentation de l'histoire clinique développera un savoir-faire que vous n'oublierez pas.

Parler avec un patient en phase aiguë

Après avoir acquis de l'expérience, lors de vos gardes, auprès de patients hospitalisés, vous devrez apprendre à parler aux patients en phase aiguë. Le problème est présenté exhaustivement dans la section B de ce livre, mais voici les points les plus importants:

• le temps manque souvent pour prendre l'histoire détaillée;

• vous pouvez ne pas avoir d'histoire du tout;

» vous n'aurez probablement pas le temps d'examiner complètement votre patient;

• votre ligne de conduite sera dictée par le diagnostic probable, les circonstances, l'âge du patient et la vitesse d'apparition de la maladie.

Recueillir l'histoire auprès d'un patient gravement atteint est difficile. Il y a certaines raisons à cela :

• le patient peut beaucoup souffrir ou être confus ;

• le patient peut être gravement malade;

• le patient peut ne pas faire preuve de patience avec un étudiant ;

• vous serez peut-être ennuyé de devoir aller « lentement » ;

• l'entourage peut être anxieux.

Il est très important d'apprendre comment gérer toutes ces difficultés. En tant qu'interne, on attendra de vous que vous examiniez tous les patients dont l'état le justifie.

La meilleure stratégie est la plus simple: apprendre en regardant. Vous apprendrez beaucoup en accompagnant un jeune résident en médecine générale pendant ses visites; vous constaterez qu'il recherchera des indices visuels de la maladie tout en posant des questions au patient et en réalisant des prélèvements de sang dans le même temps. Les résidents en médecine générale confirmés sont souvent particulièrement compétents en la matière parce qu'ils travaillent leur rapidité en prévision de leurs examens finaux.

Tout cela semble se faire au petit bonheur, mais avec le temps, l'expérience et la confiance en soi, vous apprendrez à gagner du temps lors de l'interrogatoire et de l'examen d'un patient malade, et vous pourrez alors (en toute sécurité) prendre des raccourcis.

Il est aussi utile d'écouter des médecins présenter leurs observations à des consultants lors de visites. Vous serez surpris de constater la quantité de détails omise. Vous ne devez pas en conclure que beaucoup de questions ont été oubliées pendant l'évaluation. C'est tout simplement parce que beaucoup d'informations ne relèvent pas du problème immédiat.

Comprendre les différents appareils

Comprendre les maladies cardiovasculaires

Les liens entre l'anatomie, la physiologie, les symptômes et l'examen clinique ne sont pas toujours évidents, mais dans le système cardiovasculaire, plus que dans n'importe quel autre appareil, ils permettent d'établir précocement un diagnostic sur.
L'anatomie du système cardiovasculaire est à la portée de tous, ce qui signifie que l'on a beaucoup à apprendre d'un examen clinique, et que les investigations des maladies cardiovasculaires produisent des images qui sont faciles à comprendre en termes anatomiques et physiologiques.

SYMPTÔMES DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies cardiovasculaires provoquent quatre symptômes principaux:
> la douleur;
> la dyspnée;
> l'œdème des chevilles;
> les palpitations et les syncopes.

Aucun n'est spécifique des maladies cardiovasculaires et il faut toujours garder en tête un diagnostic différentiel.

Douleurs

Tout le monde en a fait l'expérience: quand un muscle devient ischémie, il est douloureux. Si les artères coronaires sont rétrécies, le flux sanguin peut être suffisant pour oxygéner le muscle cardiaque au repos, mais insuffisant lorsque la demande en oxygène s'accroît lors de l'exercice. Le muscle cardiaque devient alors douloureux et la douleur ischémique liée à l'effort est appelée angor. L'obstruction complète des artères coronaires provoque une douleur similaire, mais plus sévère et persistante.

POINT PRATIQUE

Caractéristiques de l'angor
Une douleur thoracique centrale qui peut irradier vers les bras, le dos, la gorge et les mâchoires.
La douleur apparaît lors de l'effort et disparaît avec le repos.
Elle est plus importante après les repas plantureux et par temps froid.

Si la vascularisation des muscles des jambes est adéquate au repos mais ne suffit pas à oxygéner les tissus lors d'un effort en raison d'une obstruction des vaisseaux périphériques, il apparaît une douleur ressemblant à des crampes appelée « claudication intermittente ». Une ischémie plus grave provoque une douleur au repos et éventuellement une gangrène (Fig. 4.1).
Une douleur thoracique peut provenir de toutes les structures du thorax mais ses caractéristiques varient selon son origine (Point de révision 4.1).

Figure 4.1. Gangrène du pied.

POINT DE RÉVISION **4.1**

Origines des douleurs thoraciques

Causes de la douleur	*Caractéristiques de la douleur*
Ischémie cardiaque	Centrale, oppressante, irradiant vers les bras, le dos, le cou et les mandibules.
- Angor chronique stable	Provoquée par l'effort, disparaît au repos. Aggravée par temps froid et venteux, provoquée par le stress émotionnel, rapidement soulagée par les dérivés nitrés.
- Angor instable	Semblable à l'angine chronique stable, mais survient au repos.
- Infarctus du myocarde	Topographie similaire de la douleur mais celle-ci est persistante, beaucoup plus intense et souvent associée à des nausées et des vomissements.
Péricardite	Douleur thoracique centrale et rétro-sternale, aggravée par l'inspiration et le décubitus strict.
Dissection aortique	Douleur d'installation brutale, violente et irradiant vers le dos.
Douleur pleurale	Latéralisée, aggravée par la respiration et associée à une toux.
Douleur œsophagienne	Rétro-sternale, peut irradier vers le dos, aggravée par la prise de nourriture et associée à des vomissements.
Douleur rachidienne	Surtout localisée dans le dos avec une irradiation vers l'avant, suivant une distribution nerveuse.
Douleur cutanée	Habituellement due à zona, érythème vésiculaire, avec des croûtes et des cicatrices suivant un métamère radiculaire.
Douleur ostéo-articulaire	Habituellement située sur le côté gauche du thorax, avec palpation douloureuse de la paroi thoracique et des articulations entre sternum et cartilages costaux.
Douleur thoracique « non spécifique »	Souvent une distribution proche de celle de l'angor chronique stable mais rarement intense, imprévisible, non affectée par le froid, le vent ou le stress émotionnel, et peut persister pendant des heures.

Dyspnée

Quand la dyspnée est due à une maladie cardiaque, elle apparaît en général à l'effort, mais la maladie évoluant, elle apparaît de plus en plus facilement, jusqu'à être finalement présente au repos. La gravité de la dyspnée peut être classée en quatre grades (New York Heart Association), pour laquelle le grade I décrit une dyspnée modérée et le grade IV une dyspnée sévère au repos.

La dyspnée cardiaque est parfois associée à une respiration sifflante (« wheezing »); le terme ancien (et déroutant) pour cela était « asthme cardiaque ». La dyspnée est due à une congestion de sang dans les capillaires pulmonaires, en raison de pressions ventriculaires gauches élevées en fin de diastole, ce qui en retour accroît la pression atriale gauche dans les veines pulmonaires et dans les capillaires pulmonaires. Ceci provoque un durcissement du poumon. Dans des circonstances graves, la pression capillaire et hémodynamique excède la pression plasmatique oncotique, ce qui provoque une fuite de liquide dans les alvéoles et un œdème pulmonaire. Le patient peut alors tousser et cracher un fluide clair et mousseux teinté de sang.

Orthopnée

La dyspnée au décubitus est caractéristique de son origine cardiovasculaire. L'élévation de la pression atriale gauche (habituellement due à une hyperpression ventriculaire gauche en fin de diastole, ou plus rarement à une sténose mitrale) freine le retour veineux vers l'atrium gauche. Quand le patient est assis, le gradient de pression hydrostatique favorise le flux sanguin des portions supérieures du poumon vers l'atrium gauche, aidé par une redistribution réflexe du flux vers les champs pulmonaires supérieurs.

Par conséquent, le retour veineux des champs inférieurs est à l'évidence plus difficile, et c'est là que s'accumule le liquide d'œdème.

La dyspnée peut avoir d'autres causes que cardiaque, comme:

> l'obésité;

> la mauvaise condition physique;

> l'anxiété, décrite comme un « besoin d'inspirer profondément »;

• les maladies pulmonaires: infectieuses, obstructives (comme des tumeurs) ou intrinsèques (alvéolite, embolie pulmonaire);
l'anémie sévère.
Cela sera discuté dans la partie C.

Œdème des chevilles

Il survient lorsque la pression veineuse (la pression hémodynamique dans les veines et les capillaires) excède la pression oncotique (osmotique) du sang. Ceci est fréquent chez les personnes âgées qui passent beaucoup de temps assises, mais il est important de savoir que l'œdème des chevilles peut survenir chez d'autres personnes, après un long voyage en position assise immobile.
Les maladies cardiovasculaires peuvent provoquer un œdème de cheville de deux façons: une maladie veineuse et une insuffisance cardiaque. L'histoire peut ne pas être suffisante pour les distinguer, sauf que l'œdème de cheville de l'insuffisance cardiaque est symétrique et indolore, alors que celui de la maladie veineuse est asymétrique et souvent douloureux.
L'œdème de cheville apparaît également lors d'une hypoalbuminémie plasmatique, ce qui réduit la pression oncotique et est aggravé par des varicosités veineuses.

Palpitations et syncope

On utilise les mots « palpitations » et « syncope » de plusieurs façons. À l'état normal, on ne ressent pas son cœur battre, la « perception des battements cardiaques » est la meilleure définition des palpitations. La syncope exprime un collapsus, habituellement avec perte de conscience, mais sans les signes caractéristiques d'une crise d'épilepsie.
Les palpitations et les syncopes ne peuvent être évaluées qu'avec un électrocardiogramme (ECC) et le diagnostique final ne peut être retenu que si l'ECG a été enregistré pendant les symptômes dont le patient se plaint. De toute manière, une description claire des symptômes du patient est essentielle.

Quand le patient se plaint de palpitations, il peut en réalité décrire trois choses, chacune avec ses propres caractéristiques:

une perception inhabituelle de son rythme normal : rythme sinusal;

des battements supplémentaires: extrasystoles ou battements « ectopiques » car ils proviennent de sites ectopiques ou anormaux du cœur;

• tachycardie prolongée (ou tachycardie paroxystique qui va et vient).

Comme le plus souvent les patients sont redevenus asymptomatiques au jour de leur consultation, les descriptions des symptômes initiaux par les patients sont très importantes (Point de révision 4.2).
Une attaque syncopale peut être associée avec un bloc cardiaque complet, elle est alors appelée syndrome de « Stockes-Adams ». En cas de bloc complet, le rythme ventriculaire est toujours lent et une issue imprévue peut provoquer une dys-

POINT DE RÉVISION **4.2**

Description des palpitations par les patients

Rythme cardiaque	*Description par le patient*
Rythme sinusal	Battements sourds et réguliers qui s'accélèrent et s'apaisent en montant les escaliers. Perçus en période de stress.
Extrasystoles	Battements irréguliers dont la fréquence est impossible à compter, sensation de « battement manqué » ou « sautant à la gorge ». Souvent au repos, ou couché pendant la nuit. Aggravés par le tabagisme, l'alcool, le café ou le thé.
Tachycardie paroxystique	Battements rapides au début brutal « trop rapide pour compter » ou, si possible, plus de 140/mn. Peuvent être réguliers or irréguliers en cas de fibrillation auriculaire. Peuvent être associés aux douleurs thoraciques, à la dyspnée ou des vertiges. Trait caractéristique : cessent soudainement, mais souvent décrits comme se calmant.

pnée au repos. Toutefois, si le rythme cardiaque se ralentit encore, le patient peut s'effondrer au sol (Fig. 4.2) et présenter, de ce fait, une crise d'épilepsie par privation cérébrale d'oxygène. Pendant cet épisode, le patient montre une pâleur caractéristique mais se recolore rapidement avec rubéfaction.

(a)

(b)

Figure 4.2. (a) Cette femme s'est effondrée sans prodrome, tombant vers l'avant et se blessant au visage, (b) L'étiologie est présentée sur son tracé ECG : bloc complet suivi d'une pause ventriculaire.

La plupart des personnes présentant des syncopes n'ont pas de bloc complet. Les diagnostiques différentiels sont les suivants:

• évanouissements simples: ils se reconnaissent à leurs circonstances de survenue (endroits inhabituellement chauds ou surpeuplés). Ils surviennent toujours debout;

• la syncope mictionnelle, qui survient habituellement lors du lever nocturne pour uriner;

hypotension orthostatique, qui provoque des vertiges au lever, dus à une mauvaise distribution du volume sanguin ou à des médicaments qui traitent l'hypertension artérielle.

COMPLEMENTS D'INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Vous trouverez des indices orientant vers une maladie cardiovasculaire au cours de l'examen général, dans l'histoire familiale, le contexte social et surtout dans les antécédents; à ce moment, vous aurez déjà une certaine idée du diagnostic avant d'examiner le patient. Quand le problème actuel semble n'être qu'un épisode d'une affection ancienne, il devra, évidemment, être inclus dans l'« histoire de la plainte actuelle».

POINT PRATIQUE

La plupart des personnes présentant des syncopes n'ont pas de bloc cardiaque complet, mais un bloc complet est un diagnostic qui ne doit pas être négligé.

Antécédents

Il faut vous enquérir des points suivants:

• rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance, habituellement décrit comme une longue maladie et une absence prolongée de l'école. La « danse de St Guy » (mouvements anormaux involontaires) peut être une de ses expressions;

• souffle cardiaque perçu lors d'un examen médical de routine;

• antécédents d'infarctus du myocarde ou d'angor;

• antécédents de palpitations.

Revue des appareils

Des questions directes se rapportant aux symptômes et aux appareils autres que du système

Liste de vérification pour une "revue des appareils" chez un patient porteur d'une maladie cardio-asculaire

Appareil	*Description par le patient*	Cause *cardiovasculaire possible ou association*
Respiratoire	Dyspnée « Asthme » Sifflements nocturnes Crachats glaireux ou sanglants	Insuffisance ventriculaire gauche Embolie pulmonaire Sténose mitrale
Gastro-intestinal	« Brûlures » thoraciques Vomissements Anorexie ou perte de poids Ictère	Angor Toxicité de la Digoxine Endocardite infectieuse Congestion hépatique due à une insuffisance cardiaque
Nerveux	Céphalées Problèmes visuels Vertiges et évanouissements	Hypertension sévère Artérite temporale Embolie cérébrale Tachyarythmie et bradyarythmie
Rénal et urinaire	Infections urinaires Sang dans les urines	Pyélonéphrite chronique -» hypertension Embolie rénale, endocardite
Ostéo-articulaire	« Douleurs de croissance » chez l'enfant	Rhumatisme articulaire aigu provoquant une maladie rhumatologique chronique
	« Arthrite »	Insuffisance aortique et/ou endocardite du lupus érythémateux systématisé
	Lombalgies	Insuffisance aortique due à la spondylarthrite ankylosante

cardiovasculaire peuvent révéler des symptômes en rapport ou associés à une maladie cardiovasculaire (Point de Révision 4.3).

Histoire familiale

Les maladies cardiaques ischémiques (coronariennes) sont parfois familiales, mais les antécédents familiaux ne sont significatifs que lorsque des proches ont eu un infarctus avant l'âge de 50 ans.

Contexte social

Le tabagisme est la cause principale des maladies artérielles (périphériques et coronariennes) et ce n'est que dix ans après le sevrage que ce facteur de risque disparaît.
Alors qu'une faible quantité d'alcool prise de manière régulière protège contre les attaques cardiaques, l'alcoolisme provoque une hypertension, une fibrillation auriculaire et une maladie du muscle cardiaque (cardiomyopathie).

EXAMEN CLINIQUE

L'examen du système cardiovasculaire doit être réalisé en quatre étapes :

- apparence générale ;
- signes cliniques associés à la circulation artérielle;
- signes cliniques associés à la circulation veineuse;
- signes cliniques associés au cœur lui-même.

À chaque étape, il est essentiel de penser logiquement et de relier les constatations à l'anatomie et à la physiologie de la circulation. Bien que la séquence habituelle « ins-

pection, palpation, percussion et auscultation » doive être respectée, ces quatre méthodes ont une importance variable à chaque étape.

Apparence générale

Au chevet du patient, observez :

• les signes de douleur: le patient est-il gêné, pâle, en sueur ?

• la dyspnée: y a-t-il un sifflement audible ou une détresse évidente?

• la position dans le lit: le patient est-il couché confortablement, doit-il rester assis?

• la toux: regardez dans le gobelet à crachats pour vérifier si le patient a expectoré, recherchez particulièrement des traces de sang (hémoptysie) ;

• la cyanose : elle donne au patient une couleur bleue ou violette. La cyanose centrale affecte la bouche, les lèvres et la langue, et indique une prédominance d'hémoglobine désoxygénée dans la circulation. Ceci est dû à une défaillance cardiaque, à un *shunt* cardiaque droit et gauche (*cf.* ci-dessous), à une maladie pulmonaire chronique ou à une polycythémie. La cyanose périphérique affecte seulement les mains et les pieds, elle indique un ralentissement du flux sanguin à travers la peau avec une extraction élevée d'oxygène;

l'amputation d'un membre: bien qu'elle peut être due à un traumatisme antérieur, elle oriente vers une maladie artérielle périphérique ou un embole;

• la fièvre : elle peut être constatée un jour ou deux après un infarctus du myocarde, mais elle persiste dans l'endocardite infectieuse;

• l'hippocratisme digital : dans les cas extrêmes, l'hippocratisme digital se présente comme une courbure latérale et longitudinale des ongles comblant l'angle aigu normal entre l'ongle et le lit de l'ongle, une consistance mollasse du lit de l'ongle et un élargissement des phalanges distales. L'hippocratisme est diagnostiqué lorsque deux ou trois de ces caractéristiques sont présentes. L'hippocratisme associé avec la cyanose centrale oriente vers une cardiopathie congénitale cyanogène avec shunt de sang des cavités droites vers les cavités gauches du cœur. Sans cyanose, il peut être la conséquence d'une endocardite infectieuse. C'est un signe non spécifique qui peut apparaître dans beaucoup de cancers, d'infections chroniques comme la bronchectasie et de nombreuses autres maladies chroniques pulmonaires ou gastro-intestinales (Point de révision 5.6) ;

• les hématomes filiformes: il s'agit de stries linéaires rouges ou noires sous-unguéales des doigts de la main ou des orteils (Fig. 4.3). Ils sont habituellement dus à un traumatisme mais peuvent évoquer une endocardite bactérienne;

l'anémie: recherchez une pâleur des muqueuses (conjonctives et ungueales). L'anémie peut expliquer une dyspnée et participer à un angor;

• les dépôts lipidiques: les patients avec des taux de cholestérol plasmatique élevés peuvent présenter des dépôts autour des yeux (xanthélasma, Fig. 4.4). Une hypercholestérolémie est un facteur de risque des maladies coronariennes et la présence de dépôts lipidiques est une preuve indirecte d'ischémie;

Figure 4.3. Hématomes filiformes.

Figure 4.4. Xanthelasma.

• les signes de maladies spécifiques: certaines maladies ou syndromes pouvant être associés à des problèmes cardiovasculaires sont facilement reconnaissables. Certaines sont listées dans le Point de révision 4.4.

POINT DE RÉVISION **4.4**

« Diagnostic éclair » : syndromes associés aux maladies cardiovasculaires

Syndrome	*Signes cardiovasculaires*
Chromosomique	
Trisomie 21 (syndrome de Down)	Malformations septales
Endocrinien	
Hyperthyroïdie	Fibrillation auriculaire, insuffisance cardiaque
Hypothyroïdie (myxœdème)	Angor, épanchement péricardique
Acromegalie	Hypertrophie cardiaque, insuffisance cardiaque
Maladie d'Addison	Hypotension
Ostéo-articulaire	
Syndrome de Marfan	Dissection aortique
Spondylarthrite ankylosante	Insuffisance aortique
Polyarthrite rhumatoïde	Pericardite
Sclerodermie	Cardiomyopathie
Maladie de Paget	Insuffisance cardiaque
Autres	
(Comme l'alcoolisme)	Cardiomyopathie

Examen de la circulation artérielle

Quand une artère est proche de la surface cutanée, on peut palper son pouls. Les caractéristiques du pouls doivent être rapportées comme suit:

- présence ou absence;
- fréquence;
- rythme;
- caractère ;
- présence de souffle;
- pression artérielle.

Les pouls qui peuvent être perçus sont les pouls temporaux superficiels, carotidiens, brachiaux (huméraux), radiaux, aortiques abdominaux, fémoraux, poplités, pédieux et tibiaux postérieurs (Fig. 4.5).

Tout d'abord, vérifiez si tous les pouls sont palpables. L'absence de pouls suggère que l'artère peut être obstruée par l'athérome et thrombosée par un embole. Les artères temporales superfi-

Figure 4.5. Sites des principaux pouls artériels. La palpation des pouls des membres inférieurs à une importance critique chez les patients porteurs d'une maladie vasculaire périphérique. L'artère dorsale du pied peut être perçue le long d'une ligne tirée à mi-chemin entre les malléoles vers la portion proximale du premier espace métatarsien. L'artère tibiale postérieure peut être palpée à mi-chemin entre la malléole médiale et la pointe du talon.

cielles ont une signification particulière parce qu'elles peuvent être touchées par une maladie inflammatoire appelée artérite temporale (Fig. 26.3). Les artères sont alors douloureuses et tendues, et leur thrombose est fréquente, ce qui explique l'absence de pouls.

Le caractère du pouls, particulièrement bien perçu au niveau carotidien, illustre l'onde de pression artérielle (onde de pouls). Avec l'habitude et en comparant avec votre propre pouls, vous découvrirez que chez certains patients, la montée en pression est inhabituellement longue (signe de sténose de la valve aortique) et que chez d'autres la pression retombe rapidement (comme dans l'insuffisance aortique). Les souffles sont des bruits systoliques dus à un écoulement sanguin turbulent. Ils surviennent habituellement au niveau de rétrécissements provoqués par des plaques athéromateuses, mais existent également dans d'autres circonstances de sténose, comme la coarctation aortique, ou en cas de communication anormale (fistule) entre artères et veines. Pour entendre ces souffles, posez le stéthoscope sur les artères carotides, l'aorte et les artères fémorales.

La pression sanguine (ou plus exactement la pression artérielle) ne peut pas simplement être évaluée en palpant le pouls. La pression artérielle est mesurée avec un sphygmomanomètre qui applique une pression variable sur le bras pour déterminer quelle quantité est nécessaire pour arrêter le flux sanguin.

Des bras potelés nécessitent davantage de compression que des bras minces ; c'est pourquoi un enregistrement fait sur un bras potelé fournira des valeurs faussement élevées. C'est la raison pour laquelle il faut de utiliser de grands brassards chez les personnes enveloppées.

POINT PRATIQUE

Assurez-vous que l'ensemble du bras est enveloppé par la portion gonflable du brassard.

Pour mesurer la pression artérielle:

- placez le brassard autour du bras, bien contre la peau;
- assurez-vous que l'artère brachiale est au même niveau que le cœur;
- trouvez le pouls brachial en palpant le coude;
- gonflez le brassard jusqu'à ce que le pouls brachial ne soit plus perçu;
- posez le diaphragme du stéthoscope à l'endroit du pouls brachial;

diminuer la pression du brassard lentement, pas plus de 2 mm par battement cardiaque. La pression à laquelle le pouls est à nouveau entendu correspond à la pression systolique, la pression la plus élevée établie par le cœur;

continuez à réduire la pression du brassard, lentement. L'intensité des bruits augmente puis les bruits s'assourdissent. En réduisant davantage la pression de quelques millimètres, ces bruits deviennent inaudibles.

Les différents bruits perçus au cours de la mesure de la pression artérielle ont été décrits par Korotkow, qui a cru discerner cinq phases différentes. Le premier bruit de Korotkow est le premier à être entendu lorsque l'on réduit la pression du brassard du sphygmomanomètre, et correspond à la pression systolique. Les second et troisième bruits n'ont aucune valeur clinique, seulement un intérêt historique. Seuls les quatrième (moment d'atténuation) et cinquième (disparition du son) bruits ont une valeur pratique.

Le point de disparition est proche de la véritable pression diastolique, et de plus, il est le plus reproductible des deux mesures. Il désignera donc, dans votre rapport, la pression diastolique.

POINT PRATIQUE

La phase V est la plus proche de la vraie pression diastolique, elle est reproductive et sera donc notée comme pression diastolique.

Evaluation de la circulation veineuse

Au cours de l'examen clinique les éléments principaux de la circulation veineuse sont:

les veines périphériques;

le pouls veineux jugulaire ;

la taille du foie, qui augmente à mesure que la pression veineuse s'accroit;

la présence d'un œdème périphérique.

Comme pour l'examen du versant artériel de la circulation, il est préférable de considérer les structures veineuses comme un tout et de regrouper ensemble les signes cliniques qui les concernent.

Veines périphériques

Les veines périphériques sont habituellement visibles sur les mains et les pieds. Aux membres inférieurs, les veines superficielles peuvent être inhabituellement marquées, tortueuses et élargies, elles sont alors appelées « varices ». Ces veines anormales peuvent se thromboser lors d'une inflammation, il s'agit de « phlébite superficielle » : la veine touchée est perçue comme une corde sensible sous la peau. La phlébite est habituellement associée à un gonflement périphérique ou œdème (collection liquidienne dans les tissus interstitiels). Les veines variqueuses peuvent saigner et même s'ulcérer; les patients qui ont des veines variqueuses depuis des années peuvent présenter une décoloration brunâtre de la peau due à des hémorragies répétées.

Les veines profondes des membres se situent dans les masses musculaires principales et ne peuvent donc pas être vues ou perçues. Elles peuvent se thromboser lorsque le sang est hypercoagulable et lorsque le patient est immobile, par exemple après une intervention chirurgicale, un accouchement ou un traumatisme nécessitant l'immobilisation du membre inférieur dans un plâtre. Les signes physiques de la thrombophlébite profonde (TPP) sont extrêmement peu fiables. Toutefois, pour ce qu'ils valent, ces signes sont:

Gonflement de **la jambe**

Un gonflement symétrique des membres inférieurs est vraisemblablement due à une insuffisance cardiaque ou un taux bas d'albumine plasmatique, mais quand les deux jambes ont une taille différente, une TPP devient plus vraisemblable. La circonférence de la cuisse et du mollet doit être mesurée avec un ruban, la cuisse à une distance définie du tubercule tibial antérieur et le mollet au point de sa circonférence maximale.

Douleur

Lorsque l'on appuie sur la masse musculaire contenant une veine thrombosée, le patient se plaint d'une douleur inhabituelle. En présence d'une thrombose veineuse du mollet, une dorsiflexion brutale sera douloureuse (signe d'Homan). Rechercher ce signe n'est pas agréable pour le patient, peut être dangereux et doit être évité.

Chaleur

En comparant les deux jambes, celle avec la TPP est plus chaude au toucher que la normale. Ceci est dû au détournement, qui devient alors prédominant, du sang veineux par les veines superficielles.

Décoloration

Une jambe avec une thrombophlébite est habituellement bleuâtre bien que, lorsque la thrombose est sévère, le gonflement puisse perturber le pouls artériel dans la jambe et provoquer une « jambe blanche ».

Pouls veineux jugulaire

Les veines jugulaires présentent des pulsations qui peuvent être importantes pour deux raisons :

- leur position reflète la pression de l'atrium droit;
- la courbe de l'onde de pression peut aider au diagnostic d'un grand nombre de situations très différentes.

L'abréviation PJV est utilisée pour signifier soit « pouls veineux jugulaire », soit « pression veineuse jugulaire ».

En raison de l'absence de valve entre les veines jugulaires et l'atrium droit, les veines du cou réagissent comme un manomètre à dynamique: la hauteur de la colonne de sang au-dessus du cœur mesure la pression atriale droite et les pulsations enregistrent les modifications de pression dans l'atrium droit.

Il y a deux veines jugulaires de chaque côté du cou, interne et externe (Fig. 4.6).

La veine jugulaire interne part du point sterno-claviculaire vers le haut et latéralement, jusqu'à l'angle de la mandibule, passant en dessous de la veine jugulaire externe. Celle-ci part du point

Figure 4.6. Situation des veines jugulaires interne et externe et leurs rapports avec les muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

mi-claviculaire, continue obliquement vers le haut, en croisant le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Bien que facilement visible lorsqu'elle est dilatée, la veine jugulaire externe donne une mauvaise idée de la pression atriale droite parce que le flux veineux peut être obstrué lorsque la veine traverse le fascia sous la clavicule. C'est pour cette raison que la veine jugulaire interne doit être reconnue aussi souvent que possible.

Les veines jugulaires peuvent être reconnues facilement en demandant aux patients de réaliser une manœuvre de Valsalva, c'est-à-dire une expiration forcée glotte fermée (dites au patient de pousser comme s'il était à la selle). L'élévation de la pression intrathoracique augmente la pression atriale droite et les veines jugulaires se distendent.

Pression veineuse jugulaire*

La mesure de toute pression nécessite un point de référence, et dans le cas de la pression jugulaire, ce point de référence est le centre de l'atrium droit. L'atrium droit ne peut pas, évidemment, être approchée directement par l'examen clinique mais son centre est située 5 cm au-dessous de l'angle manubrio-sternal, quelle que soit la position du sujet (Fig. 4.7). La pression atriale

* Elle est peu mesurée en France [NdT].

Figure 4.7. Hauteur du pouls veineux jugulaire.

droite peut alors être mesurée, (en centimètre de sang) en rajoutant 5 cm à la hauteur mesurée au-dessus de l'angle manubrio-sternal, au point où les veines jugulaires sont distendues. La pression atriale droite normale est de 5 à 6 cm de sang, ce qui est habituellement négligé, et la pression veineuse jugulaire est mesurée en utilisant l'angle de manubrio-sternal comme point de référence.

POINT PRATIQUE

Mesurer la pression veineuse jugulaire (PVJ)
Placez le patient en position déclive (pas nécessairement à 45°) ce qui vous permettra de bien voir le sommet de la colonne veineuse.
Mesurez la hauteur verticale de la PVJ au-dessus de l'articulation manubrio-sternale.
Ne prenez en compte que la veine jugulaire interne.
Observez les pulsations de manière oblique.

Il est essentiel d'apprécier l'importance de la mesure de la *hauteur verticale* de la pression veineuse jugulaire au-dessus de l'angle manubrio-sternal. Chez des sujets en bonne santé, la pression atriale droite est telle que les veines jugulaires ne sont pas distendues en position assise, mais en s'allongeant, les veines peuvent se remplir sur toute leur longueur. D'un autre côté, chez un patient en insuffisance cardiaque grave, la pression atriale droite peut être si élevée que les veines jugulaires sont distendues jusqu'à l'angle de la mandibule, voire au-dessus si le patient est assis. Il n'y a donc pas de position de référence qui permette de mesurer la

pression veineuse de ce patient: on lui demandera simplement de s'allonger selon l'angle le plus favorable, dégageant le sommet de la colonne de sang dans les veines jugulaires.

Pouls veineux jugulaire

Le pouls veineux jugulaire reflète la séquence des modifications de pression dans l'atrium droit, mais l'onde de pression veineuse est troublée par la transmission du pouls provenant de l'artère carotide, qui est placée immédiatement à côté de la veine jugulaire interne. Le pouls veineux a alors trois composantes (Fig. 4.8) :

- l'onde « a » est due à la contraction atriale: elle est accentuée lorsque la pression atriale droite est élevée comme dans l'hypertension pulmonaire, et atténuée lorsque l'activité atriale est désorganisée par une fibrillation auriculaire;
- l'onde « c » est transmise par l'artère carotide;
- l'onde « v » apparaît pendant que la valve tricuspide est fermée, elle est donc associée au remplissage atrial. Elle est en partie causée par le gonflement de la valve pendant la contraction du ventricule droit. En cas d'insuffisance tricuspidienne, le flux sanguin lors de la systole ventriculaire droite est partiellement renvoyé dans l'atrium droit et l'onde « v » est accentuée. En raison du fonctionnement différent de l'onde « v » dans ces circonstances, elle est parfois appelée « onde systolique ».

Figure 4.8. Les composantes du pouls veineux jugulaire. Seules les ondes « a » et « v » sont cliniquement décelables.

La décroissance de la pression veineuse après l'onde « a » est appelée la descente « x »; après l'onde « v », c'est la descente « y ».

Le pouls dans la veine jugulaire est mieux perçu au sommet de la portion distendue de la veine. Comme pour mesurer la pression veineuse jugulaire, il est important de placer son patient dans *la position où la veine est la plus visible.* L'examen est notoirement amélioré si une lumière illumine tangentiellement le cou.

Le pouls de la veine jugulaire peut être facilement confondu avec celui de l'artère carotide, en raison de leur contiguïté. Les diverses pulsations peuvent être distinguées de la manière suivante:

- un pouls artériel peut être perçu, à la différence des pulsations veineuses qui souvent ne sont palpables qu'en cas d'insuffisance tricuspidienne *[cf.* ci-dessous) ;
- une pression modérée juste au-dessus de la clavicule abolit la pulsation veineuse, et la veine se remplira au-dessus du point de compression. Le pouls artériel n'en sera pas affecté;
- le pouls veineux jugulaire est plus facile à palper aux limites de la distension veineuse, limites dont la position dans le cou change avec celle du patient, assis ou couché;
- Une inspiration profonde réduit la pression veineuse intrathoracique, et donc les pressions atriale droite et jugulaire. Dès lors, la position du pouls veineux se déplace vers le bas du cou à l'inspiration et vers le haut à l'expiration. La position du pouls artériel ne change pas;
- Il n'y a pas de valves entre la veine cave supérieure, l'atrium droit, la veine cave inférieure et les veines hépatiques. Dès lors, si une pression est appliquée sur le foie juste en dessous des côtes, le sang sera exprimé hors du foie et la pression atriale droite s'élèvera avec comme conséquence une augmentation de la pression veineuse jugulaire et du pouls. Ceci est appelé « reflux hépatojugulaire »;
- L'onde de pulsation d'une artère carotide est une simple « montée et descente », mais celle du pouls veineux jugulaire est plus complexe. Même s'il est difficile d'identifier des composantes *individuelles* du profil veineux, il est habituellement facile de reconnaître des oscillations rapides au sommet de la colonne veineuse.

Conditions dans lesquelles peut être diagnostiqué un pouls veineux jugulaire

Insuffisance cardiaque. Si la pression veineuse jugulaire est supérieure de 6 ou 7 cm au centre de l'atrium droit (ce qui veut dire à plus de 2 ou 3 cm de l'angle manubrio-sternal), la pression de remplissage de l'atrium droit est anormale et on est en présence d'une « insuffisance cardiaque ». En faisant ce diagnostic, il est important de s'assurer que les veines jugulaires sont pulsatiles et que la hauteur de la pression veineuse jugulaire est influencée par la position et l'expiration. Si ce n'est pas le cas, la dilatation des veines jugulaires ne reflète pas la pression atriale droite et peut être due à l'obstruction du retour veineux par une tumeur médiastinale, comme dans un cancer du poumon.

Régurgitation tricuspidienne. Une onde « v » proéminente qui s'effondre en une descente « y » brusque indique une insuffisance tricuspidienne. Une onde systolique est aussi formée par le ventricule droit dans la veine cave inférieure et les veines hépatiques, provoquant une dilatation hépatique et des pulsations.

Arythmie complète. Dans l'arythmie complète, l'atrium se contracte indépendamment des ventricules, les ondes « a » du pouls veineux jugulaire ne sont pas régulièrement suivies par des ondes « c » ou « v ». De temps en temps, l'atrium droit se contractera par hasard contre une valve tricuspide fermée, et quand ceci arrive, la totalité du volume d'éjection de l'atrium droit sera expulsée vers la veine cave supérieure. Ceci provoque une pulsation soudaine, marquée et unique dans le cou, appelée « onde canon ».

Hypertension pulmonaire. Une pression élevée dans l'artère pulmonaire (qui peut être due à des emboles pulmonaires répétés) provoque une augmentation des pressions dans le ventricule droit, puis l'atrium droit. L'onde « a » est alors proéminente et peut être perçue comme une « pichenette » régulière dans le pouls jugulaire. On peut observer la même chose lorsque la pression atriale droite est élevée indépendamment de celle du ventricule droit, par exemple dans la sténose de la valve tricuspide, ou plus rarement lorsque une tumeur atriale ou un myxome obstrue la valve tricuspide.

POINT PRATIQUE

Atteintes cardiaques pouvant être diagnostiquées à partir de la PVJ

Diagnostic	Effets sur la PVJ
Insuffisance cardiaque	PVJ élevée
Régurgitation tricuspide	Onde « v » proéminent qui s'effondre en une descente « y » rapide
Arythmie complète	Onde canon
Hypertension pulmonaire	Onde « a » marquée
Péricardite constrictive	La PVJ croit au lieu de diminuer à l'inspiration

Péricardite constrictive. Le péricarde est une fine structure qui n'influence pas les performances du cœur. Dans certaines maladies chroniques, surtout la tuberculose mais aussi les maladies du collagène et les suites des infections virales du péricarde, le péricarde devient épais et rigide. À l'inspiration, le péricarde est attiré vers le bas par le diaphragme et le cœur est comprimé. À la place de l'habituelle chute de pression veineuse à l'inspiration, la pression veineuse jugulaire augmente; en même temps, la réduction du retour veineux vers le cœur réduit l'éjection ventriculaire gauche, et la pression systémique chute. Ces réponses anormales à l'inspiration sont appelées paradoxes artériel et veineux.

Le foie, partie intégrante de la circulation veineuse

La pression résiduelle d'une haute pression atriale droite sera transmise au foie par la veine cave inférieure et les veines hépatiques. Le foie s'engorge (congestionné) de sang et s'agrandit. À l'état normal, le foie reste entièrement derrière les côtes droites et ne peut pas être palpé. En cas de maladie thoracique, le diaphragme est repoussé vers le bas, permettant la palpation du rebord hépatique. Percutez le thorax pour définir la marge supérieure du foie. Dans l'insuffisance cardiaque, celui-ci sera à sa place normale. L'importance de l'hépatomégalie sera exprimée en nombre de cm en dessous de la marge costale droite.

Un foie congestif est sensible et c'est une des caractéristiques qui distingue l'hépatomégalie de l'insuffisance cardiaque de celle des principales maladies hépatiques. La congestion du foie peut provoquer une douleur dans la partie supérieure de l'abdomen, en particulier en cas de régurgitation tricuspidienne évoluée. Une insuffisance cardiaque chronique peut-être la cause d'un ictère et, dans des cas extrêmes, on notera une splénomégalie.

Œdème périphérique

L'augmentation de la pression veineuse, combinée à la pression hydrostatique causée par la position du cœur au-dessus des pieds, explique que chez des patients insuffisants cardiaques, le liquide se collecte d'abord autour des chevilles. Elles sont enflées, et une pression modérée des doigts imprime une marque qui s'efface progressivement. Dans l'insuffisance cardiaque, l'œdème des chevilles est symétrique, contrairement à celui résultant d'une obstruction veineuse du membre. Chez les patients alités, le sacrum et les fesses sont des régions où les liquides se collectent aussi rapidement qu'autour des chevilles. Toutefois, vous devez vous rappeler que la plupart des patients avec un œdème des chevilles n'ont pas de maladie cardiaque (Point de révision 4.5).

POINT DE RÉVISION **4.5**

Causes principales d'un œdème des chevilles

Immobilité
Insuffisance veineuse (varices)
Thrombose veineuse profonde
Obstruction veineuse - pelvienne ou abdominale
Obstruction lymphatique
Hypoalbuminémie plasmatique
Insuffisance cardiaque
Œdème idiopathique (surtout chez les femmes)

Les poumons, partie intégrante de la circulation

Une des manifestations précoces de l'insuffisance cardiaque est l'augmentation de la pression atriale gauche. Ceci entraîne une augmentation de la pression capillaire, et donc un engorgement et une perte d'élasticité des poumons conduisant à une dyspnée, voire, parfois, un sifflement léger et audible. Avec l'accroissement de la pression atriale gauche, la pression oncotique du sang peut-être excessive et du fluide va couler dans les alvéoles. Apparaissent alors des *crépitants,* tout d'abord aux bases pulmonaires mais s'étendant à tous les champs pulmonaires à mesure que l'insuffisance cardiaque s'aggrave. Ces crépitants doivent être différenciés de ceux causés par une pneumonie ou par une fibrose pulmonaire; la meilleure façon de faire la distinction est la présence d'autres signes cardiovasculaires dans l'histoire ou l'examen clinique.

Examen du cœur

Position du cœur dans le thorax

Connaître la position du cœur, de ses cavités et de ses valves dans le thorax est la clef pour comprendre non seulement l'examen clinique du cœur, mais aussi l'électrocardiogramme, la radiographie thoracique et l'échocardiogramme. C'est pourquoi nous rappellerons l'anatomie fondamentale avant de présenter les signes cardiaques qui peuvent être décelés par l'examen clinique.

En vue de face, le cœur est grossièrement triangulaire. Il repose principalement derrière le sternum, avec une base qui se projette juste à droite du sternum et un apex situé dans la partie gauche du thorax, en dessous de la ligne médioclaviculaire (verticale passant par le milieu de la clavicule). L'apex cardiaque se projette habituellement en face du 5e espace intercostal (Fig. 4.9). L'apex cardiaque est à l'origine du plus important signe clinique du système cardiovasculaire, car sa position reflète la taille du cœur. Le choc apexien est défini cliniquement comme *le point le plus à gauche de la ligne médioclaviculaire et*

Figure 4.9. Situation du cœur dans le thorax (vue antérieure).

le point le plus bas où la pulsation cardiaque peut être perçue; ce point représente de manière fidèle la position du véritable apex cardiaque. Notez que ce n'est pas nécessairement le point où les pulsations cardiaques sont les plus facilement perçues: celui-ci est parfois appelé « point de pulsation maximum » mais il n'est pas aussi utile, car il ne reflète pas le volume cardiaque.

L'apex cardiaque est formé par le ventricule gauche (Fig. 4.10). Le ventricule gauche est situé à gauche et en arrière du ventricule droit. *L'hypertrophie ventriculaire gauche* déplace l'apex cardiaque vers la gauche et le bas, accentuant le choc apexien et le rendant plus facile à localiser. Le ventricule droit occupe la plus grande partie de la face antérieure du cœur, et se situe à l'arrière gauche du sternum. *L'hypertrophie du ventricule droit* repousse l'apex cardiaque vers l'avant, amenant le cœur en contact plus étroit avec le sternum. Ce dernier est perçu, soulevé par chaque battement cardiaque.

L'atrium droit forme le bord droit du cœur en vue antérieure, mais même hypertrophié, il ne se projette que rarement très à droite du sternum. L'atrium gauche est situé à l'arrière du cœur et ne participe pas à la silhouette cardiaque en vue antérieure. Sur la vue de profil, il forme la portion supérieure du bord postérieur du cœur, adjacent à l'œsophage.

Figure 4.10. Topographie des cavités cardiaques « antérieures » du cœur.

La figure 4.11 montre une radiographie thoracique de face (a) et de profil (b). La radiographie thoracique ne permet ni la différenciation des cavités cardiaques ni l'identification des valves, mais la figure 4.12 (a et b) montre la position des cavités. La position des valves est décelable en RX (Fig. 4.13 a et b) uniquement chez des patients porteurs de valves prothétiques. Les prothèses aortique et mitrale se situent près du

Figure 4.11. Radiographie thoracique de face (a) et de profil (b).

Figure 4.12. Contours des cavités cardiaques sur un cliché radiographique thoracique de face (a) et de profil (b).

centre du cœur en vue antérieure, et toutes deux sont situées derrière le sternum.

La situation des ventricules, de l'atrium gauche et des valves aortique et mitrale est facilement observable en échocardiographie. Une des vues standard est celle du « grand axe » qui réalise une coupe du cœur de la base à l'apex. La figure 4.14 montre le ventricule droit en avant, le ventricule gauche et l'atrium gauche en arrière. La proximité immédiate des valves aortique et mitrale est clairement visible.

Une autre vue échographique standard de l'apex cardiaque fournit une coupe horizontale à travers le cœur, montrant les quatre cavités et les valves tricuspide et mitrale. Les valves aortique ou pulmonaire ne sont pas visibles (Fig. 4.15).

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut également être réalisée pour montrer la situation des cavités (Fig. 4.16a). La disposition diagonale du septum, avec la topographie antérieure du ventricule droit explique également la position des électrodes de l'ECG : les électrodes VI et V2 explorent le ventricule droit, les électrodes V3 et V4 le septum, et les électrodes V5 et V6 le ventricule gauche (Fig. 4.16b).

Comment examiner un cœur?

Inspection et percussion

À l'état normal, le battement cardiaque ne peut pas être vu, le cas contraire est une situation anormale.

(a) (b)

Figure 4.13. Positions des valves mitrales (inférieure) et aortique (supérieure) révélées en RX par des valves artificielles. Noter la présence de baryum dans l'œsophage qui circonscrit l'atrium gauche. Clichés de face (a) et de profil (b).

Il est très difficile d'apprécier la taille du cœur par la percussion parce qu'il se situe derrière le sternum et est partiellement recouvert par le poumon. Toutefois, une matité à droite du sternum peut indiquer une hypertrophie atriale droite ou un épanchement péricardique.

Palpation

La palpation permet principalement de rechercher le choc apexien, mais il est important de palper l'ensemble du précordium, à la recherche mouvements anormaux. Des souffles puissants provoqueront des vibrations qui peuvent être ressenties sur la paroi thoracique. Ils sont aussi appelés « thrills ».

Si le choc apexien est difficile à ressentir, demandez au patient de se tourner sur son côté gauche ; ceci mettra l'apex plus au contact de la paroi thoracique sans changer la position du cœur.

Le choc apexien peut être déplacé de sa position normale au 5e espace intercostal et sur la ligne médioclaviculaire, par trois situations anormales:

- déplacement mediastinal;
- hypertrophie ventriculaire gauche;
- hypertrophie ventriculaire droite.

L'ensemble du médiastin peut être déplacé lorsqu'il est attiré vers un poumon collabé ou fibrose, ou s'il est repoussé du côté opposé par un épanchement pleural abondant ou un pneumothorax sous tension. Dans chaque cas, la trachée quittera la ligne médiane en face de l'échancrure sternale, et il est important de vérifier ce point chez tout patient dont le choc apexien est déplacé.

Très rarement, le cœur se situera dans la moitié droite du thorax *(dextrocardie)* et l'apex se situera en face du 5e espace intercostal droit sur la ligne médioclaviculaire.

Le choc apexien est déplacé vers le bas et latéralement par *l'hypertrophie ventriculaire gauche*. Ce déplacement doit être mesuré en nombre de centimètres au-delà de la ligne médioclaviculaire, ou relativement à la ligne axillaire antérieure (une ligne verticale passant par la paroi antérieure du creux axillaire formée par le muscle grand pectoral).

Figure 4.14. (a) Échocardiogramme montrant le grand axe du cœur. VD et VG : ventricules droit et gauche. S : septum. Co : cordage. Les flèches creuses montrent les valves aortique (A) et mitrale (M). Les petites flèches montrent les parois de l'aorte, (b) Schéma de la figure 4.14a.

Figure 4.15. (a) Échocardiogramme montrant le cœur de son apex. AD et AG : Atrium droit et atrium gauche. VD et VG : ventricules droit et gauche. VP : veines pulmonaires, (b) Schéma de la figure 4.15a. Les flèches creuses montrent les valves tricuspide (VT) et mitrale (VM).

l'hypertrophie ventriculaire droite déplace également l'apex cardiaque, mais le choc apexien est habituellement plus diffus. Un signe important est le soulèvement perçu par le plat de la main placé sur le sternum, ou juste à sa gauche.

Le battement précordial peut être anormal lors d'un anévrisme ventriculaire gauche; on ressent alors des mouvements de balancement entre le sternum et l'apex.

Quand le premier bruit cardiaque est très fort, comme dans la *sténose mitrale,* le choc apexien est ressenti comme un tapotement brutal.

POINT PRATIQUE

Le battement précordial est anormal dans :
L'hypertrophie ventriculaire droit ressentie comme un mouvement de soulèvement ou d'expansion en face ou à gauche du sternum.
L'anévrisme ventriculaire gauche perçu comme un mouvement de balancement diffus entre le sternum et l'apex.

Auscultation

L'identification des bruits du cœur et des souffles grâce à un stéthoscope est souvent considérée comme un grand art de la cardiologie, mais son importance est exagérée. Une bonne histoire

(a)

(b)

Figure 4.16. (a) Coupe IRM montrant la situation des cavités cardiaques sur une vue par en dessous. A: aorte, (b) Positions des électrodes devant le cœur. Noter les électrodes VI et V2 en face du ventricule droit, V3 et V4 devant le septum et V5 et V6 devant le ventricule gauche.

clinique et la reconnaissance des autres symptômes comme le rythme cardiaque, la taille du cœur, la pression veineuse jugulaire et l'insuffisance cardiaque sont habituellement beaucoup plus importantes.

Bruits du cœur

Ils sont associés à l'ouverture et à la fermeture des valves, mais en réalité, ils proviennent des brusques changements de la vitesse du courant sanguin. Les bruits *aigus* sont mieux perçus à travers le diaphragme du stéthoscope, et les sons *graves* le sont mieux avec le pavillon.

POINT PRATIQUE

Auscultation des bruits cardiaques
Les bruits *aigus* sont mieux perçus à travers le diaphragme du stéthoscope.
Les sons *graves* le sont mieux avec le pavillon.

Avec un peu de pratique, les caractéristiques des bruits et des souffles deviennent plus familières, et ils sont alors aisément discernables.

Le **premier bruit** est associé à la fermeture des valves mitrale et tricuspide au début de la systole. Les composantes mitrale et tricuspide du premier bruit peuvent souvent être perçues de manière distincte et être confondues avec les quatrième et premier bruits.

Le **deuxième bruit** est associé à la fermeture des valves aortique et pulmonaire. Chez les jeunes, la fermeture d'une valve se produit en général en même temps que l'expiration, mais à l'inspiration la fermeture pulmonaire est décalée, alors que le sang est aspiré à l'intérieur du thorax et que l'éjection ventriculaire droite est augmentée (Fig. 4.17). Ce dédoublement du second bruit à l'inspiration se perd avec l'âge. Le second bruit est largement dédoublé et ne change pas au cours de l'inspiration lorsque l'excitation du ventricule droit est retardée par un bloc de conduction de la branche droite du faisceau de His. Un tel « dédoublement fixé » est caractéristique d'une *malformation septale atriale.*

Lorsque l'excitation du ventricule gauche est retardée par un bloc de branche gauche, la fermeture de la valve aortique peut être retardée par rapport à celle de la valve pulmonaire, et la composante pulmonaire du second bruit va pré-

Figure 4.17. Phonocardiogramme montrant la dispersion du second bruit à l'inspiration et la synchronisation des bruits du cœur avec l'ECG.

céder la composante aortique. Le second bruit apparaîtra dédoublé à l'expiration, mais durant l'inspiration la composante pulmonaire sera retardée, faisant coïncider les deux composantes du second bruit: le bruit redeviendra unique. Ceci est appelé le dédoublement réversible.

Le **troisième bruit** est associé au remplissage ventriculaire et sera perçu rapidement après le second bruit (Fig. 4.18). Il est assourdi, grave et souvent localisé à proximité de l'apex cardiaque. Le troisième bruit peut être moins audible sans être anormal, particulièrement chez les jeunes, mais chez des patients plus âgés, il est habituellement un signe d'insuffisance cardiaque. La plupart des troisièmes bruits proviennent du ventricule gauche, mais parfois des bruits ventriculaires droits peuvent être identifiés parce qu'ils sont plus marqués à l'inspiration.

Le **quatrième bruit** est associé à la contraction atriale et survient alors à la fin de la diastole,

Figure 4.18. Diagramme de phonocardiographie montrant les bruits du cœur.
Premier bruit: fermeture des valves mitrale et tricuspide survenant simultanément ou presque. Deuxième bruit: fermeture des valves aortique et pulmonaire. Troisième bruit: survient lors du remplissage ventriculaire. Quatrième bruit : associé à la contraction atriale.

juste avant le premier bruit. Quand il est audible, il est presque toujours pathologique et signifie une insuffisance cardiaque. Comme pour le troisième bruit, il est grave et localisée à l'apex cardiaque.

En plus des principaux bruits cardiaques, une variété de bruits, de clics aigus et de claquements peuvent parfois être entendu.

Les **clics systoliques** (mésosystoliques) (Fig. 4.19) peuvent être uniques ou multiples. Un unique clic précoce est caractéristique d'une *sténose aortique congénitale* ou d'une *sténose pulmonaire congénitale,* il est probablement dû au gonflement de la valve avant son ouverture. De tels clics sont suivis d'un souffle d'éjection *(cf.* ci-dessous). Les clics tardifs, simples ou multiples, sont souvent associés à un *prolapsus de la valve mitrale,* lorsque une (ou les deux) valvule de la valve bombe vers l'atrium gauche lors de la contraction ventriculaire gauche. Ils sont habituellement accompagnés d'un souffle de régurgitation mitrale qui survient plus tard dans la systole.

Figure 4.19. Clic systolique (flèches).

POINT PRATIQUE

Auscultation des bruits du cœur
Les souffles systoliques sont habituellement plus puissants que les diastoliques.
Les troisième et quatrième bruits du cœur sont graves.
Les clics systoliques et les claquements d'ouverture sont aigu.

Le « **claquement d'ouverture** » est un bruit sec et aigu, diastolique.

Il oriente vers une *sténose mitrale* et précède le souffle diastolique caractéristique *(cf.* ci-dessus). Bien qu'il soit également bien audible à l'apex, on l'entend au bord gauche du sternum et ceci,

associé sa tonalité aiguë, le différencie du troisième bruit du cœur. Il survient plus tôt dans la diastole que le troisième bruit.

Souffles cardiaques

Un souffle est la conséquence d'un écoulement sanguin turbulent. Il survient lorsque:

- Une valve est épaissie et ne s'ouvre pas correctement (sténose) ;
- Une valve ne se ferme pas correctement et fuit (insuffisance ou régurgitation);
- Il y a une communication anormale entre des cavités cardiaques, en raison d'une anomalie congénitale ou acquise, comme une malformation septale ventriculaire consécutive à un infarctus;
- Un excès anormal de sang traverse une valve normale, comme au cours de la grossesse.

Les souffles peuvent survenir en diastole ou en systole, et identifier son moment de survenue dans le cycle cardiaque est la première étape en pour déterminer la cause du souffle.

La systole se rapporte à la contraction ventriculaire et correspond à la période entre le premier et le second bruit; elle dure habituellement moins longtemps que la diastole. Lorsque la fréquence cardiaque augmente, les durées de la systole et de la diastole deviennent comparables, rendant leur différenciation difficile. La systole correspond à l'impulsion apicale et au pouls de l'artère carotide, ce qui vous permet d'identifier la systole en palpant la carotide tout en écoutant le cœur. Ceci nécessite un petit peu d'entraînement.

Les **souffles systoliques** surviennent lorsque les ventricules se contractent: les valves aortique et pulmonaire doivent être complètement ouvertes et les valves mitrale et tricuspide complètement fermées. Un défaut d'ouverture des valves aortique et pulmonaire *(sténose valvulaire)* ou une fuite à travers les valves mitrale et tricuspide *(insuffisance ou régurgitation)* provoquera alors un souffle systolique. Les souffles systoliques sont plus audibles que les diastoliques.

Les **souffles diastoliques** surviennent lorsque les ventricules se relâchent et que le sang s'écoulant des oreillettes les remplit. Les valves mitrale et tricuspide doivent être complètement ouvertes et les valves aortique et pulmonaire fermées. La sténose d'une valve mitrale ou tricuspide et l'insuffisance d'une valve aortique ou pulmonaire génèrent dès lors un souffle diastolique.

Les souffles surviennent également lorsque existe une communication anormale entre les cavités cardiaques due à une anomalie congénitale. Par exemple, s'il existe une malformation ventriculaire septale, le sang va la franchir en systole, lorsque la pression dans le ventricule gauche est supérieure à celle du ventricule droit. Ce flux sanguin et turbulent peut provoquer un souffle systolique. Chez un patient avec un canal artériel, le sang s'écoule à travers la déhiscence en systole et en diastole, provoquant un souffle continu.

Caractéristiques d'un souffle

Dans la sténose valvulaire, l'intensité du souffle augmente en pic, alors que la résistance au flux sanguin est maximale puis décroît. Les sténoses aortique et pulmonaire sont des souffles *éjectionnels* (Fig. 4.20a).

Une insuffisance valvulaire se manifeste alors que la valve se ferme; ces souffles sont « précoces ». Une insuffisance aortique et pulmonaire survient précocement provoquant un souffle « decrescendo ». Les insuffisances mitrale et tricuspide tendent à persister tout au long de la systole, provoquant des souffles « holosystoliques » ou « pansystoliques » (Fig. 4.20b).

Figure 4.20. Schéma montrant comment illustrer un souffle pour démontrer s'il est de type éjectionnel (a) ou pansystolique (b).

Où peut-on écouter un souffle?

Certains vieux ouvrages décrivent des aires « mitrale », « aortique », « pulmonaire » et « tricuspide », mais ces termes n'ont pas de signification et sont inutilisables. Pour rechercher efficacement des souffles, écoutez le cœur grâce au diaphragme et au pavillon du stéthoscope dans quatre endroits:

- à l'apex cardiaque;
- au bord sternal supérieur gauche, dans le second espace intercostal;
- au bord sternal inférieur gauche, dans le cinquième espace intercostal ;
- au bord sternal droit, dans le second espace intercostal.

Les souffles de **sténose** ou d'**insuffisance mitrale** sont habituellement mieux perçus à l'apex ou à proximité. Ceux des **sténoses** ou d'**insuffisance tricuspide** s'entendent mieux au bord inférieur gauche du sternum, et c'est à cet endroit que le souffle de communication septale ventriculaire est aussi le plus manifeste.

La **sténose pulmonaire** provoque un souffle au bord sternal supérieur gauche. Les souffles d'**insuffisance aortique et pulmonaire** sont mieux perçus le long du bord sternal gauche.

Le souffle de sténose aortique est mieux perçu au bord sternal supérieur droit.

Le souffle d'insuffisance aortique est mieux perçu avec le diaphragme, chez un patient assis, penché en avant et respirant profondément. Le souffle de sténose mitrale est bien perçu avec le pavillon chez un patient couché sur le côté gauche.

Certains souffles ont des « irradiations » caractéristiques: le son se propage dans la direction d'écoulement du sang. Ainsi, un souffle d'**insuffisance mitrale** irradie vers la région axillaire et vers le dos. Celui de la **sténose aortique** se propage aux artères carotides dans le cou. Un souffle de **communication septale ventriculaire** irradie souvent vers le bord sternal gauche. Les souffles de **sténose mitrale,** de **sténose** et d'**insuffisance tricuspide** tendent à rester fixes (Fig. 4.21).

Les caractéristiques des différents souffles sont résumées dans la figure 4.22 (a à f).

Figure 4.21. L'irradiation des souffles.

Comment rendre un souffle plus audible?

Les souffles d'une maladie valvulaire du côté droit du cœur sont plus marqués lorsque le patient respire doucement, augmentant le flux vers les cavités droites du cœur. Ceci aide à différencier les souffles des **sténoses et insuffisance pulmonaires** de ceux des **sténoses et insuffisance aortiques.**

Les souffles de **sténose** et d'**insuffisance tricúspides** sont également mieux perçus à l'inspiration. Le souffle d'**insuffisance tricuspide** peut être difficile à différencier de celui de l'**insuffisance mitrale,** mais le diagnostic est confirmé par le pouls veineux jugulaire et par un foie pulsatile.

Une communication interauriculaire provoque rarement un souffle proprement dit, mais un flux majoré vers les cavités droites du cœur dû à un shunt gauche-droit provoque un « flux » ou souffle d'éjection à la valve pulmonaire. S'il existe un flux important à travers une communication, ce flux accéléré passant par la valve tricuspide peut également provoquer un souffle de « flux » comparable à celui d'une sténose tricuspide.

Quelques points importants à propos de souffles

La présence d'un souffle cardiaque ne veut pas forcément dire qu'il y a maladie cardiaque. Vous

Figure 4.22. (a-f) Caractères des souffles cardiaques par rapport aux bruits cardiaques 1 et 2.
(a) Souffle pansystolique de régurgitation mitrale (au mieux perçu à l'apex).
(b) Souffle de sténose mitrale avec une accentuation présystolique un claquement d'ouverture (le claquement d'ouverture est le mieux perçu au bord gauche du sternum).
(c) Souffle de type éjectionnel de sténose aortique.
(d) Souffle diastolique précoce d'insuffisance aortique.
(e) Souffle de communication septale ventriculaire ou d'insuffisance tricuspide (souvent bien perçus au bord sternal gauche).
(f) Souffle continu de canal artériel.

devez vous rappeler qu'un souffle peut survenir quand une grande quantité de sang traverse une valve comme dans:

- la grossesse;
- l'anémie;
- l'hyperthyroïdie;
- l'intoxication au CO_2;
- le béribéri.

Ces situations peuvent s'accompagner d'une tachycardie sinusale, d'une pression veineuse jugulaire élevée et d'un œdème modéré des chevilles.

Certains souffles cardiaques n'ont aucune conséquence et sont simplement qualifiés de « bénins ». Ils sont reconnus par les caractéristiques suivantes:

- absence de symptômes;
- pas d'agrandissement cardiaque;
- toujours systolique ;
- habituellement doux;
- habituellement éjectionnel.

Ces souffles peuvent être dus à des anomalies mineures de la valve aortique, à une sténose pulmonaire triviale ou à un prolapsus de la valve mitrale.

Frottement péricardique. L'inflammation du péricarde provoque un « frottement rugueux ». Ces frottements produisent des bruits qui varient de sons doux et soufflants à des grattements synchronisés avec le cycle cardiaque. Ils sont influencés par la respiration et sont alors appelés « pleuro-péricardiques ». Un frottement peut être identifié avec certitude uniquement lorsqu'il est perçu à la fois en systole et en diastole.

Lorsque du liquide s'accumule dans le sac péricardique, comme lors d'une péricardite, les deux feuillets du péricarde se séparent et le bruit disparaît. Le frottement péricardique est mieux perçu lorsque le patient est couché à plat, le liquide s'accumulant sur la face postérieure du péricarde, ce qui ramène les deux feuillets péricardiques antérieurs au contact et accentue le frottement.

En résumé

Poser un diagnostic dépend plus que tout d'une histoire précise. Dans les maladies cardiovasculaires, l'histoire orientera vers ce qui ne va pas (angor, insuffisance cardiaque, arythmie etc.) et l'examen clinique le confirmera directement ou indirectement.

POINT PRATIQUE

L'examen clinique sera plus efficace si vous *recherchez* (et non pas *constatez)* les signes cliniques.

Bien que l'examen clinique soit plus efficace lorsque l'on recherche plutôt que lorsque l'on constate les signes cliniques, un examen complet est toujours nécessaire, car parfois l'histoire peut être déroutante.

Vous devez vous rappeler qu'un diagnostic complet prend en compte la pathologie sous-jacente. Par exemple, l'angor peut être dû à une maladie coronarienne, une sténose aortique, une anémie ou une combinaison de toutes; l'insuffisance cardiaque n'est pas en soit un diagnostic et peut être due à une maladie ischémique, une maladie valvulaire ou une cardiomyopathie. L'histoire et l'examen clinique, ensemble, doivent orienter vers les moyens d'investigations servant à confirmer ou réfuter le diagnostic clinique.

Rappelez-vous-en lorsque vous confronterez l'histoire et l'examen clinique avec la pathologie sous-jacente, en évaluant tour à tour les principaux symptômes dont se plaignent les patients atteints de maladie cardiovasculaire. Pour vous donner une idée générale, lisez ci-après les observations de trois patients adressés par le médecin généraliste à une clinique cardiologique.

POINT PRATIQUE

Si vous diagnostiquez une insuffisance cardiaque, rappelez-vous que la description regroupe une série de symptômes et de signes, résultats d'une maladie cardiaque précise. Les causes d'insuffisance cardiaque doivent être recherchées, les principales sont :
- maladie cardiaque ischémique ;
- maladie valvulaire (rhumatismale ou congénitale) ;
- hypertension ;
- arythmie;
- maladie du muscle cardiaque (cardiomyopathie).

EXEMPLE

Cas n° 1

Consultation pour douleurs thoraciques

Si l'histoire suggère que la douleur thoracique est due à une ischémie cardiaque, recherchez:

La présence de facteurs de risque:
- Tabagisme (doigts jaunis par la nicotine) ;
- Hypercholestérolémie (xanthélasma) ;
- Hypertension;
- Obésité.

- La présence d'une autre maladie vasculaire:
  - Absence de pouls aux membres inférieurs;
  - Souffle fémoral carotidien ;
  - Signes d'AVC antérieurs.

Recherchez d'autres causes d'ischémie cardiaque que la maladie coronarienne:

- Maladie valvulaire (particulièrement sténose aortique) ;
- Anémie;
- Arythmie.

Si l'histoire suggère une autre cause de douleurs thoraciques, recherchez les signes suivants :

Dissection aortique :
- Hypertension artérielle;
- Pression artérielle moins élevée dans le bras gauche que dans le droit;
- Pouls périphériques absents ;
- Insuffisance aortique (due à une désinsertion aortique) ;
- Frottement péricardique (dû à l'irruption de sang dans le péricarde) ;
- Épanchement pleural (effusion de sang dans l'espace pleural).

- Péricardite:
  - Frottement péricardique ;
  - Pression veineuse jugulaire élevée;
  - Signes de tamponnade cardiaque ;
  - Pouls veineux jugulaire plus marqué à l'inspiration ;
  - TA systolique chutant à l'inspiration.
- Douleur pleurale:
  - Ampliation thoracique asymétrique ;
  - Percussion normale;
  - Sons respiratoires anormaux;
  - Frottement pleural.
- Douleurs œsophagiennes : peu de signes cliniques, bien que la douleur puisse être reproduite par une pression de l'épigastre.
- Douleurs ostéo-articulaires:
  - Déformation vertébrale ;
  - Sensibilité osseuse ;
  - Douleurs à la palpation de la paroi thoracique.

Comprendre les différents appareils

EXEMPLE

Cas n° 2

Consultation pour dyspnée

Il y aura habituellement des signes d'insuffisance cardiaque congestive (ex. insuffisance cardiaque droite due à une insuffisance cardiaque gauche) lorsque la dyspnée est due à une maladie cardiaque. Celle-ci comprend :

- Une orthopnée ;
- Des crépitants aux bases pulmonaires ;

  Une élévation de la pression veineuse jugulaire;
- Une hépatomégalie;

  Un œdème des chevilles;

  Des signes de maladie cardiaque comme :
  - Une hypertrophie cardiaque;
  - Un troisième ou quatrième bruit cardiaque;
  - Des souffles cardiaques.

Si la dyspnée est due à une maladie pulmonaire, le cœur sera normal mais rappelez-vous qu'une insuffisance cardiaque peut être le résultat d'une maladie pulmonaire (cœur pulmonaire) et que les signes cliniques peuvent être remarquablement proches de ceux d'une insuffisance congestive :

Une élévation de la pression veineuse jugulaire;

- Une hépatomégalie;
- Un œdème des chevilles;
- Des crépitants pulmonaires dus à la maladie pulmonaire plutôt qu'un œdème pulmonaire;
- Hypertrophie ventriculaire droite mais le cœur peut être normal.

EXEMPLE

Cas n° 3

Consultation pour maladie valvulaire

Après avoir identifié l'étiologie d'un souffle cardiaque (sténose ou insuffisance valvulaire, anomalie septale, etc.) vous devez diagnostiquer la pathologie cardiaque sous-jacente :

- La sténose mitrale est presque toujours rhumatismale (NB : Le myxome atrial peut provoquer un souffle similaire en obstruant l'orifice de la valve) ;

  L'insuffisance mitrale se voit après un rhumatisme articulaire aigu, une infection myocardique, un prolapsus valvulaire, une cardiomyopathie (due à une dilatation de l'anneau valvulaire), et une endocardite infectieuse ;
- La sténose aortique : maladie valvulaire congénitale, calcifications séniles, particulièrement avec une valve bicuspide congénitale ;
- L'insuffisance aortique : rhumatisme articulaire aigu, dissection aortique, endocardite infectieuse, spondylarthrite ankylosante et autres maladies du collagène, maladies inflammatoires intestinales ;

  Anomalie ventriculaire septale : congénitale, post-infarctus du myocarde ;

Comment se présentent les patients atteints d'une maladie respiratoire ?

La maladie respiratoire est un motif fréquent de consultation médicale, représentant près d'un cinquième de toutes les consultations en médecine générale. Il est très important de recueillir une bonne anamnèse, de bien caractériser les symptômes, de les relier avec d'autres symptômes et de préciser l'histoire professionnelle en détail.

• HISTOIRE DE LA MALADIE

Les patients se présentent habituellement avec un des trois symptômes respiratoires principaux suivants (ou davantage) :

- essoufflement ou dyspnée (voir aussi chapitre 24) ;
- toux;
- douleurs thoraciques.

Dyspnée

Cette plainte très fréquente consiste en une oppressante difficulté à respirer. La sensation d'essoufflement qu'ont les personnes saines après un effort ardu est probablement proche de celle dont souffrent certains patients après un exercice modéré ou au repos.

Trois phénomènes fondamentaux conduisent à l'essoufflement, de manière isolée ou conjointement (Point de révision 5.1).

Dans l'asthme, par exemple, l'obstruction de la ventilation augmente le travail, l'hyperventilation altère les fonctions diaphragmatiques et l'anxiété majore les stimuli neurologiques; la combinaison de ces principaux facteurs, et d'autres, provoque l'essoufflement.

POINT DE RÉVISION 5.1

Efforts ventilatoires augmentés	*Exemple*
Obstruction des voies aériennes	Asthme
Poumons « rigides »	Fibrose pulmonaire
Paroi thoracique ankylosée	Scoliose
Influx neuromusculaires diminués	Dystrophie musculaire
Stimuli respiratoires augmentés	
Stimulus chimique	Hypoxie, acidóse
Stimulus neurologique	Œdème pulmonaire

Les symptômes apparaissent lorsque une commande respiratoire anormale n'est pas adaptée ou excède les besoins.

Pour diagnostiquer une dyspnée, respectez les étapes suivantes (Point de révision 5.2).

POINT DE RÉVISION 5.2

Est-ce vraiment une dyspnée ?
Histoire de la maladie.
Sévérité de l'essoufflement ?
Variabilité (spontanée/nocturne/posturale) ?
Facteurs aggravants.
Effets thérapeutiques.
Symptômes associés.

Est-ce vraiment une dyspnée?

Essayez de préciser exactement de quels symptômes souffre le patient. Beaucoup disent qu'ils ont le « souffle court » ou qu'ils sont « hors d'haleine » plutôt qu'« essoufflés ». Les patients se

plaignant « d'oppression thoracique » n'ont pas nécessairement des difficultés à respirer mais de l'angor; parfois les deux peuvent survenir ensemble. Les patients avec des douleurs thoraciques pleurales se plaignent souvent d'essoufflement et ces symptômes peuvent coexister avec un infarctus pulmonaire. Ils peuvent, toutefois, être liés à une impossibilité de respirer normalement en raison d'une douleur à l'inspiration, en raison de fractures costales par exemple.

Histoire de la maladie

« Depuis combien de temps êtes vous essoufflé? » ou « Quand ont commencé vos difficultés respiratoires? » sont des questions vitales, car le délai d'installation de l'essoufflement est très important pour le diagnostic (Point de révision 5.3).

POINT DE RÉVISION 5.3

Délais d'installation de la dyspnée*

Secondes/minutes
- Insuffisance ventriculaire gauche
- Embolie pulmonaire
- Pneumothorax
- Asthme

Heures/jours
- Insuffisance ventriculaire gauche
- Pneumonie
- Asthme
- Décompensation aiguë d'une maladie pulmonaire chronique obstructive
- Syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte
- Alvéolite allergique
- Épanchement pleural

Semaines
- Insuffisance ventriculaire gauche
- Anémie
- Asthme
- Épanchement pleural

Mois/années
- Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- Asthme
- Anémie
- Fibrose pulmonaire

* 1l peut y avoir des chevauchements entre les catégories. Cette liste n'est en aucun cas exhaustive.

Toutefois, les causes peuvent être multiples. Une insuffisance ventriculaire gauche peut, par exemple, apparaître brutalement ou se développer sur plusieurs semaines avec une dyspnée croissante. Le plus souvent, les patients ne peuvent pas donner avec précision le début exact d'une dyspnée durable. Vous devez insister auprès d'eux, car les patients qui disent être essoufflés depuis plusieurs mois se souviennent ensuite que la tolérance à l'exercice physique s'est détériorée depuis plusieurs années.

Sévérité de la dyspnée

Des échelles de cotation de la sévérité d'une dyspnée existent, mais une approche clinique simple évaluera son Impact sur le mode de vie de votre patient, en posant des questions généraies comme:

- « Quelle distance pouvez-vous parcourir à pied, sur un terrain plat, sans vous arrêter? »
- « Pouvez-vous monter les escaliers d'une seule traite? »
- pour une femme de ménage : « Pouvez-vous encore faire votre ménage? »
- pour un homme retraité: « Pouvez-vous encore bêcher votre jardin? »

Soyez attentifs aux patients à pathologies multiples; la tolérance à l'exercice physique d'une femme âgée aux genoux arthrosiques ou d'un homme avec une claudication intermittente peut être diminuée davantage par des douleurs aux jambes que par une dyspnée.

POINT PRATIQUE

Évaluez la sévérité d'une dyspnée en demandant dans quelle mesure le mode de vie du patient est affecté.

Variabilité

La variabilité d'une dyspnée est un point important et peut se manifester de différentes manières:

Dyspnée spontanée. L'essoufflement peut être quasiment constant, ou progresser lentement comme dans les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), ou encore être

éplsodique et varier au cours de la journée comme dans l'asthme.

Dyspnée nocturne. Un réveil nocturne peut survenir dans deux situations parfois difficiles à séparer l'une de l'autre: l'œdème pulmonaire et l'asthme nocturne. Dans l'œdème pulmonaire dû à l'insuffisance ventriculaire gauche ou à une maladie valvulaire cardiaque, les patients sont réveillés brutalement par leur essoufflement (« dyspnée paroxystique nocturne ») mais sont soulagés en s'asseyant ou en sortant du lit, manœuvres qui réduisent la pression capillaire hydrostatique. Chez un asthme mal contrôlé (un problème bien plus fréquent), l'essoufflement survient également vers deux ou trois heures du matin mais s'accompagne d'une toux et de sifflements, reflétant l'exagération des variations circadiennes normales du calibre des voies aériennes.

Dyspnée posturale. L'essoufflement survenant en position couchée (orthopnée) n'est pas seulement un signe d'insuffisance cardiaque. Ceci survient dans une paralysie diaphragmatique bilatérale. L'amélioration de l'essoufflement au coucher (platypnée) est rare et se voit dans différents types de shunt artério-veineux.

Facteurs prédisposants

Une dyspnée liée à des facteurs environnementaux, identifiables ou non, est habituellement liée à l'asthme. Certains asthmatiques, par exemple, deviennent essoufflés lorsqu'ils sont en présence d'un chat ou à d'un parfum particulier, ou peuvent avoir des symptômes saisonniers lorsque la densité des pollens est élevée. L'essoufflement est presque toujours aggravé pendant l'exercice physique, mais l'asthme d'effort survient souvent après les efforts. Une dyspnée aiguë est plus souvent due à une alvéolite allergique ou à un asthme; les fermiers et les éleveurs de pigeons peuvent développer des symptômes quatre à douze heures après l'exposition à des allergènes. Les activités professionnelles sont particulièrement importantes; demandez à tous les patients avec une dyspnée si elle est liée à leur travail. Deux questions permettent de reconnaître la plupart des patients souffrant d'un asthme liés à leur travail : « Est-ce que votre respiration (les sifflements ou la toux) s'améliore pendant les week-ends? » et « Est-ce que cela va mieux pendant vos vacances? »

Effets des traitements

Une dyspnée qui s'améliore après la prise de diurétiques oriente vers un œdème pulmonaire. Une amélioration singulière après plusieurs jours de traitement stéroïdien évoque très fortement un asthme ou, plus rarement, une maladie parenchymateuse comme une alvéolite allergique. Un soulagement rapide par un bronchodilatateur permet un diagnostic d'asthme.

Symptômes associés

Les interrelations des symptômes sont importantes. L'essoufflement chez un fumeur avec une hémoptysie et une perte de poids suggère une atélectasie ou un épanchement dus à un cancer, alors que l'essoufflement avec des sifflements chez un jeune est habituellement un asthme. L'essoufflement est un symptôme fréquent d'hyperventilation, souvent sans lien avec l'effort et survenant avec d'autres symptômes comme des palpitations, des paresthésies des bras, des vertiges, une douleur thoracique et une respiration trop visible. Ces patients se plaignent souvent de « ne pas pouvoir prendre une respiration profonde » ou de « ne pas inspirer suffisamment d'air dans la poitrine ».

Sifflements. Ce bruit sifflant et musical qui survient lors de la respiration est important, car il indique une obstruction des voies aériennes. Les principales causes sont:

- l'asthme;
- la bronchite chronique et l'emphysème;
- l'obstruction permanente des voies aériennes, en raison d'une tumeur, par exemple.

Vous serez peut être amené à expliquer ce qu'est un sifflement car tous les patients ne comprennent pas ce que cela veut dire. Les principaux signes diagnostiques du sifflement sont les mêmes que pour l'essoufflement; toutefois, la variabilité du sifflement, son caractère spontané ou sa survenue à l'effort, les allergènes, l'occupation, les médicaments (par exemple bêtablo-

quant, aspirine), ou des sifflements nocturnes suggèrent de l'asthme.

La toux

Ce signe varie de l'irritation modérée à un symptôme de détresse. Il est fréquent dans les maladies respiratoires mais, à lui seul, aide rarement au diagnostic. La toux est un effort expiratoire forcé s'opposant à une glotte fermée qui s'ouvre brutalement, libérant l'air et les sécrétions respiratoires de manière explosive. Le réflexe naît des récepteurs du larynx et des voies principales respiratoires, qui sont stimulés à la fois par des substances dans les voies respiratoires (comme des sécrétions, des corps étrangers ou des irritants inhalés) et par des phénomènes affectant les parois de l'arbre respiratoire (comme une inflammation ou des modifications brutales du volume thoracique).

Caractéristiques de la toux

Beaucoup de fumeurs et d'habitants de zones industrielles considèrent la toux comme faisant partie de leur vie quotidienne. Leur réponse à « Est-ce que vous toussez? » peut souvent être « Non » ou « Comme d'habitude ». Dans ce cas vous devez rechercher ce que votre patient considère comme normal, demander si la toux a changé récemment, et vérifier les points suivants :

Durée. Essayez d'apprécier depuis combien de temps la toux est présente. Une toux matinale persistant depuis plusieurs années et produisant des crachats blancs est caractéristique d'une bronchite chronique, alors que la toux Installée depuis une semaine ou deux est habituellement en rapport avec un banal refroidissement.

Variabilité. Une toux nocturne peut apparaître dans l'asthme. Bien que souvent associée à une dyspnée et à des sifflements, elle peut être le seul symptôme inaugural de l'asthme infantile et occasionnellement de l'adulte. La toux varie au cours de la journée dans l'asthme, mais une toux persistant depuis plusieurs semaines ou mois chez un fumeur accroît la possibilité d'un carcinome bronchique.

Facteurs favorisants. La toux liée au repas ou au décubitus dorsal peut être due à l'inhalation du contenu œsophagien. La toux peut être causée par des poussières ou des fumées particulières.

Production de crachats. Une toux chronique hautement productive suggère des bronchectasies.

Signes associés. Les causes les plus habituelles d'une toux chronique non diagnostiquée sont:

- l'écoulement nasal postérieur;
- l'asthme occulte;
- le reflux gastro-œsophagien.

Il est impératif, dès lors, de rechercher une obstruction nasale, une rhinorrhée et une sinusite; d'autres symptômes de l'asthme; un pyrosis et une indigestion. L'inhalation de corps étrangers, comme une cacahouète, peut provoquer la toux et est souvent méconnue chez l'enfant.

Type de toux. Si votre patient tousse pendant l'examen, vous pourrez vérifier si elle est productive. Sinon, le caractère de la toux est rarement une aide diagnostique. Dans la paralysie unilatérale d'une corde vocale (comme dans la paralysie du nerf récurrent causée par une extension médiastinale maligne) la toux peut être prolongée et ressemble au meuglement d'une vache (toux « bovine »). Une laryngite, particulièrement chez l'enfant, se manifeste par une toux râpeuse, comme dans un croup. Une toux faible survient dans la paralysie bilatérale des cordes vocales, dans la paralysie des muscles respiratoires, dans les atteintes sévères de toute cause et lorsque la toux est douloureuse.

Expectoration. Recherchez des « crachats » plutôt qu'une « expectoration », un terme qui ne dit rien à la majorité des patients. Environ 100 ml de sécrétion sont produites journellement par un arbre respiratoire normal, et sont habituellement avalés. Devant une toux productive, il est utile de savoir grossièrement quelle quantité a été produite, même si certains patients avalent le surcroît de crachats. Le volume d'une expectora-

tion, disons, d'une cuillère à soupe jusqu'à une tasse, est habituel dans les bronchectasies, parfois plus dans les abcès pulmonaires. Une remarque générale concernant la prise des antécédents est Ici nécessaire. Lorsque vous interrogerez votre patient sur, par exemple, le volume de crachats ou le nombre de douleurs thoraciques « dans une journée », vous référerez habituellement à une période de 24 heures alors que le patient pense le plus souvent à la journée « par opposition à la nuit ». Accordez-vous avec votre patient.

Expectoration: couleur et consistance. Claire ou blanche (grise dans les zones Industrielles), collante ou mucoïde, l'expectoration est typique d'une hypersécrétion des glandes à mucus bronchiques, comme dans la bronchite chronique. Lorsque les crachats sont jaunes et verts (purulents), souvent épais, ils contiennent des globules blancs marqueurs de l'infection, bien que dans l'asthme, les crachats verts puissent être dus à des éosinophiles. Les crachats des mineurs de charbon peuvent être noirs (mélanophtysis). Les asthmatiques ont des expectorations visqueuses et filantes («je n'arrive pas à le sortir » est un commentaire fréquent), et plus rarement crachent des petits moules bronchiques (spirales de Cruschmann) lorsqu'ils présentent une aspergillose broncho-pulmonaire. L'expectoration est mousseuse, parfois rosée, dans l'œdème aigu pulmonaire sévère. Des sécrétions abondantes sont rares dans les carcinomes alvéolaires. Une expectoration fétide suggère une infection anaérobie dans un abcès ou un emphysème pulmonaire avec fistule broncho-pleurale.

Hémoptysie *(cf.* chapitre 38). Cracher du sang au cours d'un effort de toux fait craindre un cancer à beaucoup de patients et de médecins, alors qu'il n'est mis en cause que dans 3 % des cas. Face à un patient ayant expectoré du sang il vous faudra répondre à deux questions:

Est-ce vraiment une hémoptysie? Vous devez vous rappeler que le sang peut ne pas venir de l'arbre respiratoire. L'hématémèse est habituellement facile à éliminer, mais un saignement du nasopharynx peut être difficile à distinguer. S'il existe à saignement nasal ou du sang présent dans la bouche, l'origine nasopharyngée est probable, alors que si le sang remonte lors de la toux, s'il est mélangé ou qu'il strie les crachats, l'origine thoracique est probable. Le sang d'origine pulmonaire est habituellement rouge et non pas brun.

L'hémoptysie est-elle sévère? Le volume de sang aide à évaluer la gravité du problème et devient important pour la prise en charge. Une hémoptysie de plus de 200 ml en 24 heures engage le pronostic vital.
L'origine de l'hémoptysie (Point de révision 5.4) n'est retrouvée que chez la moitié des patients. L'histoire et l'examen cliniques apportent des orientations écologiques.
Une hémoptysie franche avec une douleur pleurale, une dyspnée et parfois un frottement pleural se retrouve dans l'infarctus pulmonaire ou de la fièvre; une expectoration purulente et des signes de condensation pulmonaire se voient dans la pneumonie. Une hémoptysie récidivante depuis des années est fréquente dans les bronchectasies. Chez un fumeur de quarante ans et plus, il faut toujours penser au carcinome bronchique. Une hémoptysie ne doit jamais être rapportée à une « bronchite » avant d'avoir éliminé les étiologies graves, et même si c'est le cas, il vaut mieux être honnête et dire que la cause est inconnue.

POINT DE RÉVISION **5.4**

Causes des hémoptysies

Communes
- Sans cause retrouvée.
- Infection respiratoire aiguë.
- Bronchectasies.
- Cancer pulmonaire.
- Tuberculose active/inactive.
- Traumatisme thoracique.

Rares
- Vascularite pulmonaire.
- Malformations artério-veineuse.
- Tumeur bénigne.
- Corps étrangers.
- Sténose mitrale.
- Troubles de la coagulation.

Douleur thoracique *[cf.* chapitre 25). Le poumon ne comporte pas de fibres de la douleur, ce qui explique que les maladies parenchymateuses comme la fibrose alvéolaire ou le cancer ne provoque pas de douleurs thoraciques.

La plèvre pariétale est très sensible et les douleurs d'origine pleurale peuvent être très sévères. Typiquement, elles sont aiguës, lancinantes et aggravées par la respiration ou la toux. Les patients disent: « Cela m'attrape pendant que je respire ». Une atteinte pleurale survient lors d'une inflammation de la plèvre (pleurésie) ou pour des causes ostéomusculaires, parce que la douleur de la paroi thoracique (par exemple due à une fracture costale) mime très fidèlement la pleurésie (Point de révision 5.5).

POINT DE RÉVISION **5.5**

Causes d'une douleur thoracique pleurale

Pleurales

- Infectieuse, par exemple pneumonie
- Infarctus pulmonaire/embolie
- Néoplasique (primaire ou secondaire)
- Connectivités :
  - lupus érythémateux disséminé*
  - polyarthrite rhumatoïde*
- Pleurésie reliée à l'asbestose*

Ostéo-articulaires

- Fractures costales (traumatisme, toux et pathologique)
- Déchirure musculaire
- Herpès Zoster*
- Maladie de Bornholm**

* Peu fréquent. ** Rare.

Les principales difficultés diagnostiques tiennent aux similitudes entre les infections, l'infarctus et les causes ostéomusculaires. L'association avec une fièvre et une expectoration purulente oriente vers une infection; avec une dyspnée et une hémoptysie vers un infarctus. Un traumatisme et des douleurs provoquées avec sensibilité sur le site de la douleur orientent vers une cause ostéomusculaire. La pleurésie diaphragmatique centrale provoque une douleur projetée vers les épaules, car les fibres de la douleur issues de cette partie du diaphragme empruntent le nerf phrénique (C 3, 4, 5) alors que la pleurésie touchant la portion périphérique du diaphragme provoque une douleur projetée vers la région thoracique inférieure et abdominale supérieure. La douleur pleurale très sévère de la myalgie épidémique du virus coxsackie (maladie de Bornholm ou « grippe du diable »), dans laquelle les muscles intercostaux sont extrêmement sensibles, est heureusement rare. Une douleur à irradiation intercostale naissant de la colonne thoracique en raison d'un collapsus vertébral a parfois des caractères pleuraux et peut être exacerbée par la toux.

Autres douleurs thoraciques d'origine respiratoire

Les épanchements pleuraux abondants peuvent provoquer une sensation de pesanteur. De manière caractéristique, le mésothélium provoque une douleur constante, souvent sévère. Le pneumothorax provoque parfois des douleurs pleurales mais les patients décrivent le plus souvent des sensations d'étirement et de traction. Des douleurs et un gonflement des articulations sterno-costales portent le nom de syndrome de Tietze, mais il est beaucoup plus fréquent de palper des articulations sterno-costales douloureuses sans gonflement. La trachéite et occasionnellement des hémopathies médiastinales ou hilaires, comme dans la sarcoïdose, provoquent des douleurs thoraciques centrales, souvent décrites comme une « sensation à vif ». Toute toux persistante peut provoquer un endolorissement thoracique, et parfois même causer une fracture costale.

Check-list des points importants de l'histoire

Les points suivants revêtent une importance particulière:

Œdème des chevilles. Un œdème périphérique chez les patients porteurs d'une maladie pulmonaire chronique peut signifier un cœur pulmonaire (maladie du cœur droit secondaire à la maladie pulmonaire) dont le pronostic est mauvais.

Arthrite et arthralgie. Les maladies dites connectivités (par exemple la polyarthrite rhumatoïde) sont associées à des maladies respiratoires diverses, incluant la fibrose alvéolaire et l'épanchement pleural. Une douleur dans les poignets et les chevilles par ostéo-arthropathie hypertrophique (Fig. 5.1) suggère un cancer pulmonaire.

POINT PRATIQUE

Une ostéo-arthropathie hypertrophique survient à l'extrémité des os longs (poignets, chevilles et parfois genoux) ; ne les recherchez pas à l'extrémité des doigts et des orteils.

Figure 5.1. Ostéo-arthropathie hypertrophique d'origine pulmonaire. La flèche montre la néo-ossification périostée. Le genou est une localisation relativement rare de cette complication.

Érythèmes. La sarcoïdose provoque de nombreux signes cutanés dont l'érythème noueux (Fig. 11.1) qui se limite de lui-même et aura peut-être déjà disparu lorsque vous examinerez le patient. Les érythèmes d'une vascularite peuvent également être transitoires et ne se retrouver que dans les antécédents.

Somnolence **diurne et apnée du** sommeil. L'endormissement diurne survient dans les décompensations respiratoires hypercapniques, ou dans les apnées du sommeil lorsqu'elle est associée à l'obésité, une obstruction des voies aériennes supérieures, à un cou épais et à une consommation élevée d'alcool.

Tabagisme. Vous devez préciser l'importance du tabagisme chez votre patient et, s'il a arrêté, depuis combien de temps. En absence d'antécédents tabagiques, une BPCO est très rare alors que des sibilances chez un non-fumeur orientent habituellement vers l'asthme. Le risque de cancer pulmonaire chez un fumeur diminue après l'arrêt du tabac, retrouvant les valeurs du non-fumeur après 15 ans.

Activités professionnelles. Un interrogatoire complet des activités professionnelles est essentiel, particulièrement dans l'asthme, la fibrose pulmonaire et le mésothéliome. Un titre professionnel d'ingénieur a peu de signification; c'est l'exposition réelle qui est importante. La liste des étiologies de l'asthme professionnel s'accroît mais les causes les plus importantes sont:

- isocyanates (utilisées dans les peintures pulvérisées) ;
- farine (utilisée en boulangerie) ;
- résine époxy (dans les adhésifs) ;
- colophane (chez les soudeurs).

La pneumoconiose des mineurs de charbon se fait de plus en plus rare, mais dans une fibrose pulmonaire ou un mésothéliome, vous devez rechercher une exposition à l'amiante (calorifugeurs, employés des chantiers navals, menuisier et bien d'autres métiers).

POINT PRATIQUE

Une seule année d'exposition à l'amiante peut provoquer un mésothélium 50 ans plus tard.

Médicaments. L'aspirine ou d'autres médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent provoquer ou aggraver une obstruction des voies aériennes. De nombreux médicaments provoquent une éosinophilie pulmonaire. La nitrofurantoine, l'amiodarone et le busulphan sont parmi les nombreux médicaments responsables de la fibrose pulmonaire.

Loisirs. Les perruches et les pigeons peuvent provoquer une alvéolite allergique extrinsèque. Les premières provoquent une dyspnée progressive et insidieuse alors que les seconds sont le plus souvent la cause d'un syndrome aigu.

Immunodéficience. Vous devez être attentif à la possibilité du sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou à d'autres états d'immunodéficience, en particulier lors de symptômes respiratoires inexpliqués ou d'anomalies à la radiographie pulmonaire. Un antécédent de maladie hématologique maligne ou de traitements cytotoxiques et stéroïdiens sont habituellement des signes manifestes, mais vous devez rechercher les risques spécifiques du sida *(cf.* chapitre 21).

POINT PRATIQUE

Demandez toujours si une précédente radiographie pulmonaire a été faite, et quand. Vous gagnerez ainsi beaucoup de temps et d'examens complémentaires si vous possédez un cliché ancien à titre de comparaison.

Antécédents médicaux. Recherchez une tuberculose ancienne et son traitement, ou un contact avec cette maladie; recherchez également une affection maligne, antérieure ou en cours, et une maladie cardiaque.

Antécédents familiaux. Parmi les antécédents familiaux, on recherchera une fibrose kystique (maladie caeliaque) ou un emphysème au jeune âge (comme le déficit en alpha-1-antitrypsine).

• EXAMEN CLINIQUE

Signes extrathoraciques

Hippocratisme digital

Quand tous les signes de l'hippocratisme sont présents, sa reconnaissance est facile. Des cas moins évidents sont matière à discussion, au cours des visites, quant à la présence ou non de l'hippocratisme, sans grande incidence sur la prise en charge.
Les signes d'hippocratisme (Fig. 5.2) sont:

- l'hypertrophie des tissus mous du lit de l'ongle ;
- l'élargissement de l'angle entre l'ongle et le lit de l'ongle, jusqu'à 180° (mais pas dans tous les cas) ;
- l'augmentation de la courbure de l'ongle dans l'axe longitudinal et latéral;
- une transformation en bulbe du bout des doigts.

Il est habituel de reconnaître trois situations: l'hippocratisme est soit clairement présent, soit clairement absent, soit possible.
La pathogénie de l'hippocratisme est inconnue: une augmentation du flux de sang à travers les doigts et un facteur neurogène (probable), car la

Figure 5.2. Hippocratisme digital.

vagotomie peut abolir l'hippocratisme digital. Beaucoup de situations sont associées (Point de révision 5.6), la cause respiratoire la plus fréquente est le carcinome bronchique. L'hippocratisme apparaît plus fréquemment chez les patients de race noire en l'absence de toute pathologie sous-jacente. Les patients ne sont souvent pas conscients des modifications de leurs doigts ou de leurs orteils, probablement en raison de son apparition très lente.

POINT DE RÉVISION **5.6**

Causes de l'hippocratisme digital

Congénitale

Pulmonaire
- Carcinome bronchique
- Fibrose alvéolaire, asbestose
- Foyer infectieux pulmonaire chronique sur bronchectasies, mucoviscidose, abcès pulmonaires

Cardiaque
- Endocardite bactérienne.
- Cardiopathie congénitale cyanogène

Digestive
- Rectocolite hémorragique, maladie de Crohn
- Cirrhose hépatique

Autres
- Beaucoup d'autres causes comme le fibrome pleural

L'ostéoarthropathie hypertrophique pulmonaire provoque des douleurs et parfois un gonflement aux extrémités des os longs, symétriquement au-dessus des poignets et des chevilles. Elle est souvent associée à un hippocratisme, la plupart des cas étant associées un carcinome épidermoïde du poumon. Les radiographies montrent une apposition sous-périostée de la diaphyse des os longs (Fig. 5.1).

Cyanose

Observez la langue, les lèvres et les ongles à la recherche de la décoloration bleue caractéristique de la cyanose. Si la cyanose est présente dans les trois sites, elle est dite « centrale » (Point de révision 5.7), et si elle existe uniquement sur les ongles, elle est dite « périphérique ».
L'aptitude à reconnaître une cyanose varie beaucoup parmi les médecins, et la cyanose doit être identifiée lorsque la saturation artérielle d'oxygène est de 80 à 85 %. De manière approximative, elle indique que le sang contient au moins 5 g/dl de désoxyhémoglobine. La cyanose est facilement détectée dans la polycythémie, mais peut être absente dans une anémie en dépit d'une hypoxémie sévère. La cyanose périphérique est habituellement due à une extraction d'oxygène accrue, avec une circulation ralentie comme par temps froid, au cours des phénomènes de Raynaud ou d'une maladie vasculaire périphérique.

POINT DE RÉVISION **5.7**

Causes communes de la cyanose

Aiguë
- Pneumonie sévère
- Asthme aigu
- Défaillance ventriculaire gauche
- Embolie pulmonaire
- Hypoventilation d'une dépression respiratoire comme surdosage en opiacés

Chronique
- Maladie pulmonaire chronique obstructive sévère
- Fibrose pulmonaire
- Shunt cardiaque droit-gauche

Obstruction de ia veine cave supérieure

Elle est le plus souvent due à:
- un carcinome bronchique et/ou associé à des adénopathies médiastinales;
- un lymphome;
- une fibrose médiastinale ou une autre cause rare.

Parmi ces causes, seul le carcinome bronchique est fréquent.
Les patients peuvent se plaindre de céphalées et d'une aggravation de leur dyspnée ainsi, que d'un visage bouffi. Les signes conséquents ont une gravité variable :
- veines dilatées de la paroi thoracique antérieure (Fig. 5.3) ;
- veines jugulaires dilatées, immobiles et non pulsatiles;
- œdème de la face, du cou et (parfois) des bras;
- œdème conjonctival.

Figure 5.3. Obstruction de la veine cave supérieure. Noter les veines dilatées du thorax et de l'abdomen supérieur ; ce signe clinique discret peut être facilement méconnu.

Les veines dilatées de la paroi thoracique représentent une circulation collatérale court-circuitant la veine cave supérieure obstruée et retournant vers le cœur, via le système azygos et les veines intercostales. Les veines engorgées du cou peuvent être impossibles à identifier si le cou lui-même est œdématié.

Autres signes

Examinez toujours les fosses supra-claviculaires à la recherche d'adénopathies fréquemment retrouvées dans le carcinome bronchique, le lymphome, la tuberculose ou la sarcoïdose.

POINT DE RÉVISION **5.8**

Inspection du thorax

Aspect de la paroi thoracique
Forme générale
Déformation thoracique
- Thorax en carène (ou en tonneau)
- *Pectus excavatum*
- Scoliose
- Cyphose
- Thoracoplastie
- Lésions de la paroi thoracique

Respiration
Fréquence
Cinétique respiratoire
- Superficielle
- Kussmaul
- Cheyne-Stokes
- Bruyante
- Lèvres pincées
- Orthopnée

Mouvements de la paroi thoracique
Ampliation
- Réduction générale
- Réduction unilatérale

Mouvement paradoxal
- Thorax battant
- Creusement intercostal
- Rétraction costale

Utilisation des muscles inspiratoires accessoires

Inspection du thorax

Assurez-vous que votre patient est confortablement assis à 45°, dans une pièce bien éclairée. Une simple observation permet déjà d'avancer beaucoup (Point de révision 5.8). Demandez-vous tout d'abord si la paroi thoracique elle-même est normale, avant d'observer l'aspect de la respiration et les mouvements du thorax.

Aspect de la paroi thoracique

Forme générale

Noter la forme générale du thorax. Une augmentation du diamètre antéro-postérieur du thorax lui donne un aspect en tonneau. Vous retrouverez cet aspect chez les patients au passé d'hyperinflation pulmonaire chronique, comme dans l'emphysème, et parfois dans la cyphose *[cf.* ci-dessous).

Déformation thoracique

Thorax en carène et pectus excavatum

Les déformations du thorax sont nombreuses: celles, modérées, du thorax en carène (thorax de pigeon) et du *pectus excavatum* (thorax en entonnoir, Fig. 5.4) sont assez communes. Le *thorax en carène,* avec un sternum et des cartilages proéminents, peut être congénital ou secondaire à un asthme sévère de l'enfance, à un rachitisme ou à une maladie cardiaque congénitale. Quand l'asthme est en cause, les sillons de Harrison (sillons horizontaux à la partie inférieure de la cage thoracique, chez l'enfant, provoqués par la rétraction permanente des côtes) peuvent être présents. Le *pectus excavatum* est congénital et n'est pas secondaire à une maladie respiratoire. La partie inférieure du sternum est

Figure 5.4. *Pectus excavatum.*

déprimée et dans les formes graves, la totalité du sternum et des cartilages sont enfoncés.

POINT PRATIQUE

Le pectus excavatum peut provoquer :
Un déplacement du choc apexien ;
Un souffle cardiaque;
Une apparente cardiomégalie sur la radiographie thoracique;
Un dysfonctionnement respiratoire dans les formes sévères.

Scoliose

La scoliose (Point de révision 5.9 et chapitre 20) est une incurvation latérale de la colonne vertébrale. Au sommet de la courbure, les corps vertébraux sont tournés et les côtes se projettent vers l'arrière, formant une bosse dorsale (Fig. 20.11).

POINT DE RÉVISION **5.9**

Causes de scoliose

- Idiopathique (le plus fréquent)
- Congénitale
- Neurogène (ex. la poliomyélite)
- Myogène (ex. la dystrophie musculaire)
- Traumatique

Cyphose

Il s'agit là d'une accentuation importante de la courbure antéro-postérieure de la colonne, le plus souvent observée chez les personnes ostéoporotiques (Fig. 5.5 et Fig. 5.6), ou chez

Figure 5.5. La cyphose est due au collapsus de plusieurs vertèbres dans l'ostéoporose. Noter l'augmentation du diamètre transversal abdominal indiquant un raccourcissement du tronc.

l'homme dans la spondylarthrite ankylosante. Les deux déformations, particulièrement la scoliose, peuvent provoquer des insuffisances respiratoires graves et parfois une décompensation respiratoire.

Thoracoplastie

Recherchez une éventuelle cicatrice de chirurgie thoracique antérieure ou d'un traumatisme. Avant le traitement médicamenteux de la tuberculose, la *thoracoplastie* consistait à refouler une partie de la cage thoracique pour collaber le poumon sous-jacent. La thoracoplastie peut entraîner une insuffisance respiratoire tardive.

Autres lésions de la paroi thoracique

Observez attentivement la peau (Fig. 2.15). Recherchez des *nodules* et rappelez-vous qu'un nodule de la paroi pulmonaire (par exemple dans la lipomatose) peut provoquer une opacité simulant une lésion pulmonaire. Palpez à la recherche des craquements de *l'emphysème sous-cutané* du pneumothorax ou d'un traumatisme thoracique. Y a-t-il une *douleur locale?* Des *veines dilatées* de la paroi thoracique doivent vous inciter à rechercher d'autres signes de thrombose de la veine cave supérieure (Fig. 5.3).

Figure 5.6. Schéma de profil du thorax de la figure 5.5 montrant le développement de la cyphose par déformation des vertèbres thoraciques.

Observation de la respiration

Fréquence

La fréquence respiratoire normale varie entre 10 et 15 respirations par minute; au-delà de 20, c'est anormal (tachypnée). N'observez pas ostensiblement votre patient respirer, car les patients anxieux deviennent tachypnéiques lorsqu'ils se sentent observés. La tachypnée est un signe important et constitue parfois le seul indice orientant vers une maladie respiratoire.

N'importe quelle maladie respiratoire peut accroître la fréquence respiratoire, bien que des causes non respiratoires puissent en être responsable comme la fièvre.

POINT PRATIQUE

La tachypnée est un signe important et constitue parfois le seul indice orientant vers une maladie respiratoire.

Régularité de la respiration

Observez la régularité de la respiration. Une respiration superficielle s'observe lorsqu'elle est restreinte par une atteinte pulmonaire (par exemple suite à une fibrose), par une lésion de la paroi thoracique ou par la douleur. L'acidose métabolique d'une insuffisance rénale ou d'une acidocétose diabétique provoque une respiration très profonde (dyspnée de Kussmaul). La dyspnée de Cheyne-Stockes (variations cycliques ou périodiques de l'amplitude et de la fréquence respiratoires) est due à une défaillance des centres du tronc cérébral. Chaque cycle peut durer jusqu'à deux minutes, avec une période d'apnée suivie d'une reprise progressive de la respiration, avant une nouvelle diminution puis une apnée. Il est habituel de l'observer épisodiquement à l'état normal, mais sa répétition oriente vers un syndrome d'hyperventilation. La respiration lèvres pincées (Fig. 5.7) est un signe d'obstruction sévère des voies respiratoires. Si un patient devient plus dyspnéique en s'allongeant à plat (orthopnée), orientez-vous vers un œdème pulmonaire ou une paralysie phrénique bilatérale; toutefois la plupart des patients dyspnéiques préfèrent la position verticale.

Mouvements de la cage thoracique

L'ampliation thoracique s'évalue en posant ses deux mains sur la paroi thoracique latérale (par-devant et par l'arrière), en pinçant avec son pouce un pli de la peau et en observant le dépla-

Figure 5.7. Respiration lèvres pincées.

cernent des pouces au cours de la respiration (Fig. 5.8). L'ampliation normale, au niveau de la poitrine, est d'au moins 5 cm. Toutefois, en routine, il est suffisant de noter si l'ampliation thoracique apparaît normale ou réduite; la mesure exacte n'est pas nécessaire car elle est imprécise et n'a que peu de valeur diagnostique : en effet, toute atteinte pulmonaire ou pariétale peut réduire l'ampliation. Une réduction unilatérale est plus importante car elle oriente vers une

Figure 5.8. Évaluation de l'ampliation thoracique.

pathologie focale comme une atélectasie, une fibrose, un épanchement ou un pneumothorax.

POINT PRATIQUE

Si vous ne pouvez pas distinguer le côté atteint er raison de différences minimes à l'examen clinique alors le côté à l'ampliation réduite est celui qui recèle la pathologie.

Un mouvement paradoxal (vers l'intérieur) d'une portion de la cage thoracique pendant l'inspiration indique la présence d'un volet (mouvement battant). Ceci survient lorsqu'une série de côtes est fracturée le long de deux lignes créant un segment de côtes sans lien avec la paroi restante, volet qui est aspiré vers l'intérieur par la pression négative intrathoracique pendant l'inspiration. La haute pression négative provoquée par une obstruction des voies aériennes peut, de la même façon, provoquer un creusement intercostal à l'inspiration. A l'état normal, lors de l'inspiration, les côtes inférieures se déplacent vers l'extérieur, mais sur des poumons hyperinsufflés lors d'une obstruction ventilatoire, le diaphragme devient plat et provoque une rétraction des côtes (Fig. 5.9). Observez les mouvements abdominaux pendant la respiration. Normalement, la paroi abdominale se projette vers l'avant en raison de la descente diaphragmatique et de l'expansion de la cage thoracique; un mouvement abdominal vers l'intérieur ou asynchrone suggère une paralysie phrénique ou un épuisement musculaire. Enfin, au cours d'une obstruction sévère des voies aériennes, vous pourrez observer les muscles respiratoires accessoires, scalènes antérieurs et sterno-cléido-mastoïdiens qui contribuent à la respiration. Ces patients utilisent également leurs bras pour fixer les épaules afin d'accroître l'efficacité des muscles accessoires.

Palpation de la trachée

Puis, vérifiez que la trachée est bien médiane. Il y plusieurs moyens, la plus simple étant de poser son index sur l'incisure médiane du sternum et d'appuyer doucement jusqu'à ce que votre index

Figure 5.9. En haut: mouvements normaux vers le haut et le bas des côtes lors de l'inspiration avec un diaphragme normal (petite flèche). En bas : mouvement paradoxal vers le haut des côtes lorsque le diaphragme est aplati dans l'hyperventilation.

rencontre la trachée (Fig. 5.10), évaluant ainsi si la trachée est médiane ou déviée. C'est une manœuvre imprécise qui ne détecte que les déviations majeures de la trachée. Des informations complémentaires sur la position du médiastin sont obtenues par la position du choc apexien, son déplacement étant, toutefois, plus fréquemment dû à une atteinte cardiaque que pulmonaire (Fig. 5.11).

Figure 5.10. Palpation de la trachée.

Percussion du thorax

La percussion requiert de la pratique mais doit devenir naturelle pour vous. Si vous êtes droitier, posez votre majeur de la main gauche à plat sur

Figure 5.11. Déplacements du médiastin (trachée et cœur) dans plusieurs situations pathologiques. La trachée peut demeurer médiane en dépit d'un épanchement/collapsus mais fixée par une tumeur médiastinale.

le thorax et percutez doucement sa phalange intermédiaire avec l'extrémité de la phalange distale du majeur droit (Fig. 5.12 et Fig. 5.13), le mouvement de votre main droite venant du poignet. Vous apprécierez la percussion en notant le timbre du son produit et les vibrations ressenties par votre majeur gauche. Percutez la clavicule directement avec votre majeur droit. Percutez tous les sites (Fig. 5.14), en comparant de manière symétrique le son produit dans des aires correspondantes controlatérales.

Si votre attention est attirée sur une aire anormale par une percussion modifiée ou d'autres symptômes ou signes locaux, examinez cette zone avec d'avantage d'attention. Déterminez si la note de percussion est normale, augmentée (tympanisme), mate ou de matité pierreuse (Point de révision 5.10).

La distinction entre mate et matité pierreuse est difficile au début, mais devient plus évidente avec \a pratique.

Figure 5.12. Technique de percussion. La phalange intermédiaire du majeur gauche (X) est percutée par la phalange distale du majeur droit.

Figure 5.13. Technique de percussion. Noter que le mouvement de percussion naît du poignet.

Figure 5.14. Sites approximatifs de la percussion en routine (similaire en arrière).

POINT DE RÉVISION **5.10**

Timbre de percussion

Tympanisme
- Hyperinflation, par exemple emphysème/asthme
- Pneumothorax
- Individus maigres

Matité
- Condensation/collapsus/fibrose
- Obésité

Matité pierreuse
- Épanchement pleural

Rappelez-vous que si le timbre de percussion diffère d'un côté à l'autre, une anomalie est probable, soit un tympanisme d'un côté soit une matité de l'autre.

Cependant, si vous retrouvez la même anomalie des deux côtés, ceci est beaucoup moins significatif. Toutefois, une matité basale bilatérale peut être due à un épanchement pleural bilatéral, mais peut être simplement en rapport avec une obésité. Le mouvement diaphragmatique est difficile à détecter par la percussion mais une matité basale droite peut évoquer une ascension diaphragmatique droite, et un tympanisme basai gauche une ascension diaphragmatique gauche.

Projections pariétales

Cardez en mémoire quelle partie du poumon vous examinez (Fig. 5.15 à 5.17 et Point de révision 5.11).

On perçoit une matité liée au foie en dessous du niveau de la 6ᵉ côte sur la ligne médioclaviculaire bien que la limite supérieure du foie remonte juste au-dessus du niveau de la 5ᵉ côte. Des poumons distendus repoussent cette limite supérieure du foie vers le bas.

Sons respiratoires

Sons entendus par la bouche

Chez une personne saine, au repos, vous ne percevez aucun son respiratoire à la bouche.

Au contraire, dans une obstruction des voies aériennes (BPCO ou asthme), on perçoit souvent des sons respiratoires; habituellement, plus l'obstruction est sévère, plus la respiration est bruyante. Ces sons naissent des turbulences accrues de l'air dans les voies respiratoires. Une

Figure 5.15 à 5.17. Projections de surface du poumon droit. La grande fissure (oblique) suit la ligne depuis *12* en arrière vers la sixième côte sur la ligne médio-axillaire. La fissure horizontale (petite) suit le bord inférieur de la quatrième côte et croise la fissure oblique sur la ligne médio-axillaire. Les projections du poumon gauche sont similaires mais la fissure horizontale est absente.

POINT DE RÉVISION **5.11**

Guide simple des projections pariétales du poumon

Droit	Antérieur	Thorax supérieur	Lobe supérieur
		En dessous du niveau horizontal du 4ᵉ cartilage costal	Lobe moyen
	Postérieur	Partout sauf à l'apex	Lobe inférieur
Gauche	Antérieur	Partout sauf en latéro-basal	Lobe supérieur
	Postérieur	Partout sauf à l'apex	Lobe inférieur

Figure 5.16. Projection pariétale du poumon droit.

Figure 5.17. Projection pariétale du poumon gauche.

respiration bruyante doit être distinguée d'un sifflement, bien que les deux puissent coexister. Le stridor est un son rude, parfois musical, perçu à la bouche, plutôt prononcé à l'inspiration. Il dénote une obstruction majeure des voies aériennes *{cf.* ci-dessous).

Auscultation

Comment écouter? Demandez à votre patient de « respirer profondément, la bouche ouverte ».

Le diaphragme du stéthoscope est plus approprié pour écouter les sons de haute fréquence, et le pavillon pour les sons de basse fréquence. Beaucoup préfèrent utiliser le diaphragme pour écouter les sons respiratoires mais le pavillon peut être utile chez les patients au thorax poilu (pour réduire les sons de craquement produits par les mouvements des poils), ou chez des patients très minces chez qui il est difficile d'appliquer le diaphragme bien à plat sur la peau.

Assurez-vous que la respiration est normale par ailleurs, mais soyez compréhensifs avec les patients souffrant de douleur pleurale, qui ne peuvent pas inspirer profondément.

Où écouter? Auscultez les sites que vous avez percutés (Fig. 5.14) en comparant les sons à

chaque position avec ceux entendus aux positions correspondantes controlatérales. Écoutez à plus de 2 ou 3 cm de la ligne médiane pour percevoir le poumon et non les voies aériennes centrales. Le nombre de sites et le nombre de cycles que vous allez ausculter dépendent de votre expérience et de la probabilité d'une atteinte respiratoire:

- pour une évaluation préopératoire précédent la cure chirurgicale d'une hernie chez un jeune homme en pleine forme, il suffit d'ausculter à trois ou quatre endroits de chaque côté;
- chez une jeune femme souffrant d'une douleur thoracique et d'une dyspnée, qui prend la pilule contraceptive, votre examen sera bien plus attentif en présence d'un frottement pleural.

Que rechercher? Entraînez-vous à écouter tout au long du cycle respiratoire, en vous demandant à chaque site:

- les sons ont-ils une intensité normale?
- les sons respiratoires sont-ils normaux ou bronchiques?
- y-a-t'il des sons surajoutés à l'inspiration ou à l'expiration?

POINT PRATIQUE

Que rechercher lors d'une auscultation ?
Sons respiratoires
Normaux ou diminués/absents ;
Bronchiques *(cf.* Fig. 5.18).

Sons surajoutés
Sibilants;
Crépitants ;
Frottement pleural.

Avec de la pratique et de la concentration, votre oreille et votre cerveau vont automatiquement répondre à ces questions.

Sons respiratoires normaux et bronchiques

Sons respiratoires normaux. Ce sont les sons que vous entendez à travers des poumons normaux. Ils sont parfois qualifiés de « vesiculaires » mais « normaux » semble préférable. Ces sons naissent probablement de turbulences dans les principales voies aériennes plutôt que dans les alvéoles. Elles sont transmises, à travers les poumons, à la paroi thoracique en perdant leurs hautes fréquences. Ces sons se renforcent

Figure 5.18. Sons respiratoires normaux et bronchiques.

à l'inspiration mais s'évanouissent dès que débute l'expiration (Fig. 5.18).

Ces sons normaux peuvent être :

- réduits ou absents s'il existe une barrière à leur transmission, comme un épanchement pleural ou un pneumothorax, ou lorsque l'écoulement aérique est réduit localement dans une partie du poumon, comme dans un collapsus;
- diminués de manière bilatérale comme dans l'obésité et l'hyperdistension, ou lorsque la respiration est déprimée, chez un patient comateux par exemple.

Il est parfois difficile d'être sûr que le murmure vésiculaire est normal, mais s'il est identique des deux côtés, il a toutes les chances d'être normal.

Sons (souffles) bronchiques. Quand le poumon situé entre les voies aériennes principales et la paroi thoracique est relativement condensé, les sons respiratoires sont transmis plus directement qu'à la normale. Les sons ressemblent à ceux que l'on peut entendre directement devant le larynx ou la trachée. Vous pourrez percevoir les souffles bronchiques sur un poumon condensé, collabé et parfois fibrosé (Point de révision 5.12 et Fig. 5.19).
Les sons respiratoires des souffles bronchiques se différentient des normaux (Fig. 5.18) :

- s'ils sont plus durs, avec conservation de leurs hautes fréquences;

Figure 5.19. Transmission des sons respiratoires lorsque les voies aériennes centrales sont obstruées.

POINT DE RÉVISION **5.12**

Souffle bronchique

L'absence de souffle bronchique n'élimine jamais uns condensation. Si les bronches principales sont obstruées, les souffles ne seront pas perçus au-dessus d'un lobe inférieur condensé ou collabé.

Si les bronches principales sont obstruées, le souffle bronchique peut être entendu au-dessus d'un lobe supérieur condensé ou collabé, car il est transmis à la trachée par le poumon voisin.

POINT DE RÉVISION **5.13**

Causes des sibilances à l'auscultation

Généralisées	*Localisées*
Asthme	Tumeur
BPCO	Corps étrangers**
Insuffisance ventriculaire gauche*	

* Fréquent. ** Rares.

• s'il existe une pause acoustique entre inspiration et expiration;

• s'il est perçu tout au long de l'expiration.

Sons ajoutés

La classification des sons ajoutés est maintenant claire. Insistons sur trois sons: les sibilants, les crépitants et le frottement pleural.

Sibilants. Ce sont des sons musicaux produits par les parois des voies aériennes oscillant entre leur position ouverte et presque fermée. Ils surviennent durant l'expiration mais aussi au cours de l'inspiration lors d'une obstruction sévère. Les sibilants sont caractéristiques d'un rétrécissement des voies aériennes qui peut être:

• généralisé comme dans l'asthme (Point de révision 5.13) où le sibilant est composé de sons de différentes hauteurs (polyphonique). En cas d'obstruction sévère, les sibilants peuvent manquer;

• localisé, d'une seule hauteur non affectée par la toux (monophonique ou fixé). Ceci suggère fortement une obstruction d'une bronche importante, le plus souvent par un carcinome.

Sibilants ou stridor? Le stridor est un bruit fort, principalement inspiratoire, habituellement entendu à la bouche. Il est produit par une obstruction aérienne majeure potentiellement grave au niveau du larynx, de la trachée ou des principales bronches et doit, de ce fait, être reconnu comme tel. Comme les sibilants, le stridor peut être un bruit musical difficile à reconnaître chez les patients où coexiste un rétrécissement généralisé des voies aériennes. Vous devez toujours suspecter un stridor si les sibilances sont plus fortes à l'inspiration qu'à l'expiration.

Crépitants. Ils sont souvent dus à une réouverture brusque de voies aériennes modérément

occluses quand les gaz respiratoires les traversent; ils peuvent être parfois produits par des sécrétions dans les principales voies respiratoires. Notez le moment où surviennent les crépitants au cours du cycle respiratoire, et s'ils sont localisés dans certaines aires du poumon (Point de révision 5.14).

POINT DE RÉVISION 5.14

Causes des crépitants

En fin d'inspiration (typiquement bilatérale et basale)

Œdème pulmonaire (insuffisance ventriculaire gauche);
Fibrose pulmonaire alvéolaire;
Asbestose.

Inspiratoire/expiratoire précoce

Dilatation des bronches (bronchectasies localisées)
Bronchite chronique (peu nombreux).

Inspiratoire (localisée)

Pneumonie.

Faites attention, car des crépitants peuvent être produits par le mouvement des poils sous le stéthoscope. Pouvoir distinguer des crépitants fins de crépitants bruyants n'aide pas souvent sur le plan diagnostic, bien que certains crépitants soient caractéristiques, par exemple ceux de la fibrose pulmonaire qui ont un bruit de bande Velcro que l'on ouvre.

Frottement pleural. C'est un son rude, craquant, probablement produit par les mouvements des feuillets viscéral et pariétal de la plèvre l'un sur l'autre. Vous l'entendrez à l'inspiration et à l'expiration, mais rarement s'il existe un épanchement pleural d'un certain volume. N'importe quelle cause d'inflammation pleurale peut provoquer un frottement (habituellement une infection, un infarctus pulmonaire ou un traumatisme pleural, incluant les biopsies).

POINT PRATIQUE

Vous devez toujours suspecter un stridor si les sibilances sont plus fortes à l'inspiration qu'à l'expiration.

Autres bruits surajoutés. Un souffle peut-être dû à une communication artério-veineuse ou à un anévrisme. Recherchez attentivement un souffle chez un patient qui présente à la radiographie pulmonaire une opacité ronde d'étiologie inconnue, particulièrement avant une biopsie. Des « clics » peuvent être entendus en face d'un hémothorax gauche, mais ils ont peu de signification. Des craquements, plutôt que des sibilances, sont parfois perçus lors de l'inflammation des voies aériennes de petit calibre, comme dans l'alvéolite allergique extrinsèque aiguë.

Bruits vocaux et vibrations vocales

Un poumon normal transmet mal les hautes fréquences, ce qui rend la parole inintelligible et le murmure inaudible lorsqu'on les écoute avec un stéthoscope sous la paroi thoracique. Un poumon solide (condensation) transmet de plus hautes fréquences, la parole devient intelligible (bronchophonie) et le murmure audible (pectoriloquie). Ces deux signes ont le même mécanisme et ne sont présents que lorsque le souffle bronchique est présent; ils n'apportent aucune information supplémentaire et sont redondants. La transmission de la voix à la paroi thoracique est palpable par les vibrations de basse fréquence.

POINT PRATIQUE

Ne perdez pas de temps avec les bruits vocaux et les vibrations vocales lors d'un examen de routine du thorax s'il n'y a pas d'anomalie significative par ailleurs.

Ce sont les vibrations vocales et, comme toujours, la clef réside dans la comparaison des deux côtés, simultanément de préférence. Placez les paumes des mains sur la paroi thoracique et demandez au patient de dire « 33 ». Les vibrations vocales sont palpables sur un poumon normal et elles sont accentuées dans un syndrome de condensation, mais sont toujours diminuées en cas d'épanchement.

La valeur actuelle des bruits vocaux et des vibrations vocales est discutable. Toutefois, si vous

retrouvez une diminution à la percussion dont l'origine est incertaine (soit parce qu'il n'y a pas de souffle bronchique, soit parce que les bruits respiratoires sont seulement légèrement réduits), alors la réduction des bruits vocaux ou des vibrations vocales oriente fortement vers un épanchement ou un épaississement pleural.

Autres signes

Les maladies pulmonaires, comme le cancer, peuvent présenter des disséminations systémiques, et les maladies systémiques touchent fréquemment les poumons ; de ce fait, il faut réaliser un examen complet à la recherche des signes de la figure 5.20. Examinez les crachats de votre patient s'ils sont disponibles. Les analyses d'urine sont très importantes: l'hématurie, par exemple, peut donner d'importants indices d'une vascularite en cas d'opacité diffuse à la radiographie pulmonaire. Si vous suspectez une obstruction des voies aériennes (Fig. 5.21), mesurez le volume expiratoire forcé maximal (VEMS) en utilisant un spiromètre.

Figure 5.20. Signes extrapulmonaires associés avec les atteintes respiratoires. PVJ : pression veineuse jugulaire.

Récapitulation des signes cliniques de syndromes respiratoires communs

Les pages suivantes résument les signes cliniques. Les principaux signes des syndromes respiratoires sont présentés dans les figures 5.21 à 5.26.

POINT PRATIQUE

Évaluation du débit de pointe

Demandez à votre patient de réaliser une inspiration aussi profonde que possible, de serrer les lèvres fortement sur l'embout du spiromètre et de souffler de plus fort possible. Une expiration courte et vigoureuse est essentielle car le débit d'air est mesuré pendant les premières 10 ms.

Recueillez trois mesures.

Recherchez les valeurs de votre patient (calculées selon la taille, le sexe et l'âge) à partir des tables de valeurs.

Exprimez la meilleure des trois valeurs.

Figure 5.21. Schéma des signes observés dans l'obstruction des voies aériennes.

Figure 5.22. Signes d'un épanchement pleural droit abondant.

Figure 5.23. Signes d'un épanchement pleural gauche modéré.

Figure 5.24. Signe d'un pneumothorax droit.

Figure 5.25 Signes d'un collapsus lob. supérieur gauche.

Figure 5.26. Signes de condensation du lobe inférieur droit.

06

Appareil digestif

Dans ce chapitre, nous traiterons de l'appareil digestif, de la bouche à l'anus, en incluant le foie et le pancréas.

• SYMPTÔMES

Vous devez être patient et questionner très minutieusement; les termes utilisés par les patients sont souvent vagues, imprécis et très équivoques. Ils sauront ce qu'ils veulent dire, ce qui ne sera pas nécessairement le cas pour vous. Voici certains de ces termes équivoques :

Indigestion. Ceci peut tout recouvrir, de la douleur à l'anorexie.

Brûlures d'estomac. Véritables reflux acides ou angor?

Gaz. Ascendants ou descendants? Ou est-ce simplement des gargouillements dans le ventre?

Mal en point. Malaise, fièvre, nausées ou vrais vomissements?

Précisez ce que le patient veut dire.

POINT PRATIQUE

Un ouvrier d'usine qui présente une douleur rétro-sternale à type de brûlure, survenant alors qu'il se dépêche de retourner à son poste après le repas de midi à la cantine, peut très bien ne pas souffrir de brûlures, comme il le suppose. Il peut s'agir d'un angor post-prandial.

Douleur

La douleur est un symptôme fréquent dans les maladies gastro-intestinales et il faut être attentif à l'histoire des symptômes, ce qui peut épargner de nombreuses heures d'examens complémentaires pénibles, inutiles et onéreux. Avant tout, essayez d'établir à quel type de douleur abdominale vous avez affaire (Point de révision 6.1). La douleur est-elle viscérale, pariétale ou projetée? Cela peut être assez difficile à déterminer mais la connaissance de l'embryologie peut aider à expliquer le site de la douleur.

La douleur viscérale apparaît comme le résultat d'un étirement ou d'une contraction d'organes creux comme l'intestin, la vésicule ou l'utérus. Ces organes étant embryologiquement médians, la douleur sera perçue sur la ligne médiane. Au contraire, la douleur des uretères est unilatérale. A la différence du péritoine viscéral, le péritoine pariétal contient des récepteurs à la douleur. Quand il est enflammé, il provoque une douleur en face de la zone touchée, douleur aggravée par le mouvement et l'étirement du péritoine. Ceci provoque une défense et une douleur après le relâchement d'une pression sur la zone inflammatoire (douleur à la décompression). Un exemple de douleurs combinées viscérale et pariétale est celui d'un patient qui se plaint d'une

POINT DE RÉVISION 6.1

Types de douleurs abdominales

Viscérales
Comme dans une colique

Pariétales
Inflammation localisée péritoneale

Projetées
Douleurs scapulaires dans l'irritation diaphragmatique

colique hépatique, due à un calcul dans la voie biliaire commune (cholédoque). Ceci provoque une douleur viscérale médiale. Si, comme c'est souvent le cas, la vésicule se dilate et devient secondairement inflammatoire, le péritoine pariétal qui la recouvre provoque une douleur localisée dans le quadrant supérieur droit.

Une douleur projetée apparaît quand la douleur d'une zone est perçue dans une autre localisation partageant la même innervation sensitive. Le meilleur exemple dans l'abdomen est la douleur de la pointe de l'omoplate, qui survient lors d'une irritation sous-diaphragmatique lors de la perforation d'un ulcère peptique.

Prenez l'habitude de poser une suite complète de questions relatives à la douleur abdominale (Point de révision 6.2).

POINT DE RÉVISION **6.2**

Questions à poser devant une douleur abdominale

- Depuis combien de temps? Des heures, des jours, des mois?
- Permanente, croissante ou intermittente?
- tocalisation, irradiation, facteurs aggravants?
- Liée à la prise alimentaire?
- Modifications du transit intestinal?
- Perte de poids associée?
- Nausées et/ou vomissements associés?

Vous trouverez davantage de détails dans le chapitre 27, qui vous aide à différencier les grands types de douleurs abdominales en pratique clinique.

Anorexie, nausées et vomissements

L'anorexie recouvre un grand nombre de symptômes, allant d'une perte modérée de l'appétit à un profond dégoût de la nourriture. C'est un symptôme non spécifique qui survient au cours de nombreuses maladies aiguës et chroniques non gastro-intestinales. Au cours des atteintes gastro-intestinales aiguës, c'est un signe très désagréable de la phase prodromique d'une hépatite, et dans les affections chroniques, elle constitue un symptôme majeur du carcinome de l'estomac. La maladie des jeunes filles, l'anorexie mentale, a déjà été évoquée dans le chapitre 2. Elles perdent beaucoup de poids par un déni de la nourriture mais, curieusement, ne se plaignent que rarement d'une perte d'appétit.

Beaucoup de patients se plaindront d'avoir « mal au cœur » alors qu'ils ne sont simplement « pas bien ». Lorsque la nausée est isolée, sans vomissements, elle est plus sûrement en rapport avec une dépression ou une névrose qu'avec une maladie gastro-intestinale. Si la nausée est associée aux vomissements, vous devez tout d'abord, chez les patients d'âge moyen et élevé, penser à une maladie digestive haute comme une tumeur ou un ulcère gastrique. Elles sont souvent associées à une anorexie et à une perte de poids. En cas d'obstruction à la vidange gastrique, les vomissements contiendront beaucoup de nourriture non digérée prise de nombreuses heures auparavant, ou parfois la veille.

Le vomissement de sang ou hématémèse, est presque toujours en rapport avec des lésions ulcérées du tractus digestif jusqu'à la seconde portion du duodénum, ou avec le saignement de varices secondaire à une hypertension portale. Un saignement brutal s'accompagne d'un vomissement de sang frais, alors qu'un saignement dans le tractus digestif haut ne s'accompagne pas forcément d'un vomissement, mais se poursuit à travers le tube digestif pour provoquer une diarrhée noire ou maelena. Des vomissements répétés, comme après une fête trop arrosée, peuvent léser la jonction gastro-œsophagienne. Un saignement à cet endroit n'est pas forcément grave et se nomme le syndrome de Mallory-Weiss, d'après le nom des médecins qui l'ont observé.

Les brûlures rétro-sternales sont caractéristiques d'un reflux gastro-œsophagien; celui-ci est aggravé par des repas abondants, le tabagisme, une position semi-assise ou un travail effectué penché en avant, comme le jardinage. Le liquide acide remonte souvent dans la bouche, appelé le pyrosis, mais il est rarement vomi.

Comme pour l'anorexie, les nausées et vomissements ne sont pas tous en rapport avec le tube

digestif. Des vomissements abondants et répétés peuvent survenir dans :

- Une migraine chez les enfants et les jeunes adultes; recherchez attentivement les céphalées associées, qui peuvent être modérées et que le patient a négligées;
- Une hypercalcémie;
- Une insuffisance rénale;
- Une intoxication médicamenteuse, par exemple à la digoxine;
- Une hypertension intracrânienne.

Difficultés à la déglutition

Certains patients vous diront qu'ils ont mal lors de la déglutition, ou que de la nourriture reste bloquée dans leur gorge. Ce dernier symptôme doit toujours être pris au sérieux. Les médecins ont tendance à utiliser le terme dysphagie de manière large. Strictement parlant, il désigne des « difficultés à la déglutition », et il est plus juste de restreindre son usage à cette situation et à la sensation de blocage des aliments. Utilisez le terme *odynophagie* si vous devez décrire la douleur à la déglutition.

La douleur à la déglutition est habituellement due à une œsophagite. Recherchez des symptômes de reflux acide lorsque le patient se penche ou se couche. Les patients qualifieront souvent cette douleur rétro-sternale de « brûlures ». Assurez-vous de bien comprendre ce qu'ils vous décrivent. Une erreur fréquente et potentiellement grave serait de la confondre avec un angor favorisé par des repas plantureux. Au cours de la seconde moitié de leur vie, les patients qui se plaignent pour la première fois de douleurs croissantes lors de la déglutition souffrent souvent d'une atteinte grave, comme un carcinome du pharynx, de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne. La sténose doit être significative avant que le symptôme de dysphagie ne soit perçu, et sa sévérité augmente souvent rapidement au cours des jours suivants.

POINT PRATIQUE

Des patients qui se plaignent de difficultés croissantes à la déglutition doivent être pris en charge en urgence.

Une dysphagie chronique et/ou intermittente est le plus souvent due à une sténose bénigne de l'œsophage ou à une achalasie du cardia (Point de révision 6.3). Cette dernière maladie est habituellement présente lors de la première partie de la vie, elle est due à un spasme de l'extrémité inférieure de l'œsophage. On dit que les patients supportent plus difficilement la dysphagie au liquide qu'au solide, mais ce n'est pas toujours vrai. Dans toutes les autres étiologies de dysphagie, il est plus facile d'avaler des liquides que des solides. Un symptôme fréquent, notamment chez des femmes jeunes et nerveusement prédisposées, se traduit par une déglutition fréquente censée surmonter ce qu'elles croient être une obstruction de l'arrière-gorge. Aucune cause n'est attribuée à ce symptôme, qui est qualifié de « globus hystéricus ». Il faut préciser que, bien que nerveuses, ces jeunes femmes ne sont en aucun cas hystériques.

POINT DE RÉVISION **6.3**

Causes des dysphagies

- Achalasie du cardia
- Sténose bénigne de l'œsophage (habituellement secondaire à un reflux)
- Ulcération (ex. moniliase)
- Cancer de l'œsophage
- Cancer du cardia gastrique
- Compression externe (ex. cancer des bronches, anévrisme de l'aorte)
- Lésions neurologiques (ex. maladie du motoneurone).

Selles

Beaucoup essaient de nous faire croire que la seule manière d'atteindre une parfaite santé est d'aller à la selle tous les jours après le petit-déjeuner. Ceci est une absurdité. Chez certains, trois selles par jour peuvent être une situation normale, alors que pour d'autres, deux ou trois selles chaque semaine est compatible avec une parfaite santé. Ceci dépend des habitudes personnelles, de l'activité physique, de l'ingestion de liquides et du régime alimentaire. Des selles longues, fines ou en fuseaux ont peu d'impor-

tance. Un soudain accès de deux ou trois selles au lever est souvent d'origine nerveuse.
Certains symptômes sont certainement anormaux et doivent être explorés correctement. Il s'agit de:

- saignement à la défécation ;
- mucus avec les selles;
- diarrhée avec du sang et du mucus;
- modification d'un transit intestinal réglé;
- sensation d'une vidange incomplète du rectum;
- diarrhées nocturnes;
- selles souvent volumineuses et pâles.

L'expulsion de sang avec les selles est traitée dans les chapitres 35 et 37.

POINT PRATIQUE

Un saignement digestif bas inexpliqué doit être exploré par une sigmoïdoscopie et une coloscopie, ou un transit baryte.

À chaque patient présentant une diarrhée associée à du sang ou du mucus, vous devez demander s'il ne rentre pas d'un voyage à l'étranger, mais rappelez-vous que des parasites ou une infection retrouvés dans les intestins ne sont pas nécessairement la cause de la maladie. Des affections tropicales comme l'amibiase ou la strongyloïdose, associées à d'autres maladies sexuellement transmissibles comme la syphilis ou la gonococcie, forme le syndrome de « l'intestin homosexuel » et se rencontre chez les hommes homosexuels.

La constipation est traitée en détails dans le chapitre 36, mais rappelez-vous que c'est un symptôme fréquent aux étiologies souvent simples, comme l'immobilité prolongée et le repos au lit, les régimes amaigrissants, le changement d'habitat, un voyage et une déshydratation.

Ictère

L'ictère ou jaunisse est un symptôme alarmant, qui amène rapidement les patients à consulter leur médecin. En pratique, vous pouvez habituellement poser le diagnostic à partir de l'histoire, et déterminer si l'ictère est dû à une hépatite infectieuse, à une maladie hépatique chronique ou à une obstruction. Davantage de détails sont donnés dans le chapitre 39. N'oubliez pas que des drogues ou des médicaments peuvent provoquer des ictères hépatitiques ou de type cholestique. Des épisodes aigus d'hémolyse, comme dans le paludisme ou la drépanocytose, peuvent provoquer des ictères importants, mais dans l'ensemble, l'ictère ne sera qu'un caractère secondaire de la maladie originelle.
Si le patient est jeune et qu'une cause infectieuse est suspectée, vous devez l'interroger à propos :

- d'un accès prodromique d'anorexie, de fièvre et de malaises;
- de contacts;
- de drogues intraveineuses, d'une blessure accidentelle par une aiguille, de transfusions sanguines, d'une homosexualité (hépatites B et C) ;
- d'un voyage récent.

Si le patient est d'âge moyen ou élevé, et si un ictère obstructif est suspecté, recherchez :

- la couleur des selles (pâles si l'obstruction est complète) ;
- une douleur abdominale haute, suggérant des calculs vésiculaires;
- une douleur dorsale et des selles grasses, si l'on pense à une tumeur pancréatique.

Si vous pensez que l'ictère est dû à une cirrhose, recherchez :

- la consommation d'alcool;
- des épisodes antérieurs d'ictère;
- des transfusions antérieures;
- un prurit (particulièrement sévère dans les cirrhoses biliaires primitives).

Gaz

Ce symptôme fréquent a rarement une étiologie grave. L'émission de gaz par la bouche est appelée éructation, celle par voie anale est appelée poliment un pet (ou des vents [NdT]). Assurez-vous d'être bien compris de vos patients. Certains, comme leurs médecins, peuvent confondre les deux termes. Si nécessaire, utilisez des mots de tous les jours pour cela.

Les éructations chroniques sont habituellement dus à une aérophagie. Il n'y a pas de formation de gaz dans l'estomac en dehors de la prise d'antiacides, mais les patients n'acceptent pas facilement cette idée. Toutefois, l'air peut être piégé dans une volumineuse hernie para-œsophagienne dont la vidange soulage le patient. Dans l'alactasie et dans les régimes riches en fibres, la production de gaz alimentaire peut être excessive.

Le ballonnement abdominal reflète une distension gazeuse de l'abdomen, souvent aggravée par l'inactivité physique et l'indisposition à émettre des gaz.

POINT PRATIQUE

Les régimes très riches en fibres produisent des flatulences douloureuses d'allure colique.

EXAMEN CLINIQUE

• LA BOUCHE

Ne négligez pas la bouche lorsque vous examinez un patient avec des symptômes abdominaux. C'est, après tout, la première portion de l'appareil digestif. Les patients s'attendront à ce que vous leur demandiez de tirer la langue, comme si c'était essentiel pour l'examen clinique. Certes, vous pourrez en tirer beaucoup d'informations, mais l'état de la langue ne reflète pas aussi bien l'état de santé que ne le souhaitent les patients.

POINT PRATIQUE

Une langue chargée ne signifie pas forcément une mauvaise santé.
Une langue dépapillée, rouge, propre et lisse l'est plus souvent.

Quand vous examinez la bouche, rappelez-vous que vous avez besoin :

- d'une bonne lampe;
- d'un abaisse-langue pour déprimer la langue et écarter les joues ;
- d'une paire de gants pour palper des lésions avec les deux mains.

L'examen de la bouche permet:

- d'apprécier le degré d'hydratation, mais il est important de ne pas confondre les symptômes de la soif et les facteurs qui provoquent une déshydratation de la bouche (Point de révision 6.4) ;
- de rechercher des lésions spécifiques comme des ulcères ou des papules;
- de rechercher des signes d'orientation locaux ou additionnels qui peuvent permettre le diagnostic d'une maladie généralisée, par exemple la découverte d'une candidose chez un patient atteint du sida (Fig. 6.1).

Figure 6.1. Candidose du voile du palais chez un homme atteint du sida.

Les lèvres

Des *crevasses aux angles de la bouche* (cheilose ou stomatite angulaire) sont très banales. Elles sont décrites dans la plupart des livres comme étant dues à une anémie ou une malabsorption. Elles le sont en effet, mais la superposition des lèvres chez des patients édentés ou ayant un défaut d'occlusion est une cause bien plus fréquente. La peau repliée devient humide, macère

POINT DE RÉVISION **6.4**

Causes de la soif	Causes d une bouche sèche
Diabète	Émotion
Diabète insipide	Médicaments (par exemple : atropine, substances inhalées, antidépresseurs)
Traitement diurétique (par exemple : furosémide	Respiration par la bouche
Hypercalcémie	Radiothérapie locale, en particulier avec irradiation des glandes salivaires
Insuffisance rénale	Maladie des glandes salivaires (par exemple : Sjögren)
Potomanie (consommation compulsive d'eau)	Âge avancé
Déshydratation	Déshydratation

et se surinfecte secondairement avec le *Candida* (Fig. 6.2).

[Iherpès labial (Fig. 6.3) se présente comme un amas de vésicules sur la lèvre ou sous la peau environnante, le plus souvent chez un patient en bonne santé. La poussée de lésions peut être associée à des états fébriles, et les infections récurrentes et florides sont banales chez le patient immunodéprimé.

Le *carcinome de la lèvre* est une lésion nodulaire ou une plaque épaissie, se situant habituellement à la lèvre inférieure chez les hommes qui fument la pipe. Recherchez toujours des ganglions submentaux métastatiques.

Figure 6.3. Herpès labial. Infection virale commune compliquant souvent des états fébriles.

Les *chancres syphilitiques primaires* sont rares, mais apparaissent comme des nodules labiaux en forme de boutons qui peuvent s'ulcérer et former une croûte. Ils sont très contagieux et imposent le port des gants lors de l'examen de cette lésion.

Les *lésions de télangiectasie hémorragique héréditaire* (syndrome de Rendu-Osler-Weber) (Fig. 6.4) sont observées sur les lèvres, la langue, la muqueuse buccale et nasale, ainsi qu'aux extrémités des doigts. Ils peuvent parfois toucher la portion supérieure du tractus intestinal, jusqu'à l'extrémité inférieure de l'œsophage. Ils saignent souvent dans la lumière intestinale, provoquant une anémie ferriprive. Les lésions nasales sont responsables d'épistaxis récidivantes.

Les *lésions de l'exceptionnel syndrome de Peutz-Jeghers* se présentent comme des macules pigmentées à la jonction cutanéo-muqueuse et

Figure 6.2. Stomatite angulaire. Les crevasses aux commissures labiales sont souvent infectées, comme ici, par le Monilia.

Figure 6.4. Télangiectasie hémorragique héréditaire. Les lésions peuvent passer inaperçues mais aussi s'étendre au pharynx et à l'œsophage.

autour de la bouche. Elles sont cliniquement importantes, car associées à des petits polypes intestinaux qui peuvent provoquer une invagination intestinale.

Dents et gencives

L'état des dents est souvent un bon indice de l'hygiène orale du patient et de l'intérêt qu'il porte à sa santé. La lésion la plus simple et la plus fréquente des gencives est la gingivite, souvent due à l'irritation par un calcul, qui provoque un œdème, une rougeur et un saignement. La gingivite aiguë nécrosante ulcérée est une infection virale douloureuse provoquant un gonflement, une inflammation rapide et une haleine fétide.
Avec l'âge, la rétraction des gencives expose les couronnes dentaires; ceci explique que les personnes âgées ont de « longues dents ».
Dans la maladie d'Addison, une pigmentation brunâtre peut être observée sur la muqueuse buccale, en face des molaires. Celle-ci ne doit pas être confondue avec la pigmentation mélanique des gencives, très banale chez les personnes noires en bonne santé.
Un œdème des gencives survient:

- physiologiquement, à la puberté et au cours de la grossesse;
- à la suite d'ingestions chroniques de médicaments comprenant de la phénytoïne, de la ciclosporine et de la nifédipine;
- dans la leucémie aiguë (Fig. 6.5), les gencives saignent et se surinfectent;
- au cours du déficit en Vitamine C (scorbut) qui provoque également un saignement des gencives.

La langue

Vous devez garder en mémoire les variations d'aspect de la langue chez les personnes saines.

- Une langue sale peut être compatible avec une santé normale, mais se voit chez les personnes respirant par la bouche et chez les fumeurs ;
- Des plis irréguliers se développent parfois avec l'âge, c'est la langue dite « scrotale »;

Figure 6.5. Gencives œdémateuses, hémorragiques et infectées dans la leucémie aiguë.

- D'autres langues normales ont des tâches irrégulières, des aires dépapillées découpées comme des cartes de géographie sur le dos de langue. Ces modifications varient avec le temps et forment ce que l'on appelle une langue « géographique »;
- Une langue noire duveteuse est causée par une élongation des papilles filiformes du dos de la langue. Elle fait suite, mais pas toujours, à un traitement antibiotique;
- Des personnes âgées peuvent avoir des varicosités de la face inférieure de la langue, la langue « caviar ».

Alors qu'une langue chargée peut-être normale, une langue lisse, rouge et dépapillée ne l'est certainement pas et s'observe lors une anémie ferriprive, une anémie pernicieuse, une malabsorption ou un traitement récent par des antibiotiques (Fig. 6.6). Des modifications semblables sont

Figure 6.6. La langue est rouge et lisse. Noter la pâleur associée; cette femme a une anémie par carence martiale chronique.

décrites dans les infections muqueuses suivant une chimiothérapie ou une radiothérapie.
La candidose se caractérise par des taches blanches grumeleuses sur le palais et les joues.
Les patients âgés et fragiles, les patients traités par antibiothérapie ou en cours de chimiothérapie et ceux atteints de carcinome ou de lymphome sont particulièrement touchés par la moniliase. Son apparition chez un jeune adulte apparemment en bonne santé doit toujours vous alerter quant à la possibilité d'un déficit immunitaire, et plus précisément du sida.
Les ulcères d'aphte sont extrêmement fréquents (Point de révision 6.5). Ce sont des lésions très douloureuses qui touchent surtout les femmes, et qui peuvent apparaître par poussées coïncidant avec les règles. Chaque lésion débute par un petit nodule gris clair de quelques millimètres de diamètre, qui s'ulcère rapidement et cicatrise lentement, sur trois ou quatre jours (Fig. 6.7). Les ulcères peuvent apparaître partout sur la langue ou la muqueuse buccale. Une des causes est la maladie caeliaque dans laquelle les patients présentent des ulcérations aphteuses inhabituellement sévères et opiniâtres.

POINT DE RÉVISION **6.5**

Les ulcères de la langue

Aigus
- Aphte*
- Herpès
- Dans le cadre d'une stomatite
- Traumatique*

Subaigus ou chronique
- Irritatifs (habituellement à partir des dents)
- Tuberculeux
- Chancre syphilitique
- Carcinome
- Lymphome non hodgkinien

* Fréquent.

Stomatite

Cette situation recouvre de nombreuses lésions élémentaires, comme l'ulcération, l'infection, la nécrose et la desquamation de la muqueuse. Ces lésions vont de l'ulcération bénigne mais douloureuse au carcinome oral potentiellement fatal (Point de révision 6.6).

Figure 6.7. Ulcération d'un aphte à l'intérieur de la joue.

POINT DE RÉVISION **6.6**

Causes de la stomatite

Infectieuse
- Moniliase
- Gingivostomatite herpétique aiguë
- Mononucléose infectieuse
- Angine de Vincent
- Herpangine (Virus Coxsackie A)
- Fièvre aphteuse

Agents toxiques
- Radiothérapie
- Chimiothérapie

Etiologies inconnues
- Maladie de Behcet
- Syndrome de Stevens-Johnson
- Aphte

Hématologiques
- Leucémie aiguë
- Agranulocytose
- Anémie réfractaire
- Scorbut

Iatrogènes
- Traitement aux sels d'or
- Methotrexate
- Étoposide

Immunodépression
- Sida

Asthénie générale
- États cancéreux
- Jeûne prolongé

Maladies cutanées
- Lichen plan
- Pemphigoïde/pemphigus

• CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES À PROPOS DE L'ABDOMEN

Les abdomens, comme leurs propriétaires, se présentent de toutes formes et de toutes tailles. L'obésité rend toujours l'examen clinique plus difficile; pour l'abdomen, une obésité importante rend l'interprétation des signes presque impossible. Typiquement, les rebords sous-costaux et la xiphoïde sont la limite supérieure de l'abdomen antérieur. Ils sont faciles à palper chez tous les patients, sauf chez les plus gros.

En bas, l'abdomen est limité par les épines iliaques antérieures et supérieures, les ligaments inguinaux et la symphyse pubienne (Fig. 6.8). Les épines iliaques antérieures sont habituellement palpables, mais peuvent être recouvertes par une couche de graisse chez les patients obèses. Vous devez vous rappeler que même si ces limites sont commodes, elles ne font qu'encadrer la fenêtre rhomboïdale de la paroi abdominale, à travers laquelle vous ne pouvez palper qu'une partie du contenu abdominal. Les coupoles diaphragmatiques, le foie, une partie de l'estomac et la rate s'étendent bien au-dessus des rebords costaux alors que le pelvis se projette pour sa plus grande partie en dessous du pubis et des ligaments inguinaux.

Les personnes au tronc court ont des rebords sous-costaux larges, alors que ceux qui sont longilignes et minces ont tendance à avoir des rebords étroits. À mesure que le tronc se raccourcit, ce qui arrive avec le grand âge et l'ostéoporose, la fenêtre abdominale se rétrécit, laissant les côtes inférieures reposer sur les crêtes iliaques, voire même s'enfonce dans le pelvis (Fig. 6.9).

Pour des raisons descriptives, il est facile de tracer une ligne imaginaire de la xiphoïde au pubis et une autre à travers l'abdomen, au niveau de l'ombilic, pour diviser l'abdomen en quatre quadrants: supérieur droit, supérieur gauche, inférieur gauche et inférieur droit.

Il est utile de pouvoir projeter la position des organes abdominaux sur des plans anatomiques et des niveaux vertébraux. C'est ainsi que la xiphoïde répond à T9. Une ligne horizontale à mi-chemin entre la fourchette sternale et le pubis (le plan transpylorique) se situe au niveau de L1 et, tout en croisant le pylore, elle passe le long du grand axe du pancréas et l'angle duodéno-jéjunal. Le plan sous-costal est au niveau de L3 et la ligne joignant le sommet des crêtes iliaques correspond à L4.

Figure 6.8. Limites de l'aire rhomboïdale qui déterminent la zone palpation du contenu abdominal. Pour la description, cette aire a été divisée en quatre quadrants. QSD : quadrant supérieur droit. QSG : quadrant supérieur gauche. QID: quadrant inférieur droit. QIC : quadrant inférieur gauche.

La position du patient

Ne rendez pas votre travail trop difficile! Il est plus facile d'examiner avec le plat de la main et

Figure 6.9. Réduction de l'aire rhomboïdale qui survient avec le raccourcissement du tronc et la cyphose due à l'âge et à l'ostéoporose.

un avant-bras horizontal. Si le lit ou le brancard sont trop bas, agenouillez-vous pour retrouver la position optimale. Idéalement, votre patient doit:

- être couché horizontalement dans son lit ou sur un lit d'examen, avec un coussin sous la tête et les bras sur le côté ;
- avoir l'abdomen exposé de la xiphoïde au pubis;
- être dans un bon éclairage;
- être relâché et rassuré.

En contrepartie, l'étudiant examinateur ou le médecin doit:

- avoir des mains chaudes;
- s'enquérir des zones sensibles;
- observer le visage du patient pour s'assurer que l'examen est le plus indolore possible.

Inspecter l'abdomen

Il est souvent plus facile d'observer obliquement les modifications discrètes des contours et du mouvement. Un coup d'œil ne suffit pas; vous devrez observer pendant une minute ou deux pour repérer un péristaltisme visible. Recherchez les éléments suivants:

Modifications des contours de l'abdomen. Du liquide dans la cavité perifonéale (ascite) provoque une plénitude des flancs et une distension globale.

Veines anormales. Il n'est pas inhabituel d'observer de fines veines sur les rebords costaux chez les personnes âgées maigres. Quand la veine cave inférieure est thrombosée, il y a des veines collatérales distendues sur l'abdomen inférieur (Fig. 6.10) auxquelles s'ajoute un œdème des membres inférieurs. Le sang de ces

Figure 6.10. Veines collatérales distendues anormales sur une paroi abdominale résultant de la thrombose de la veine cave.

Figure 6.11. Détermination de la direction du flux dans les veines superficielles.

veines se dirige vers l'ombilic. Vérifiez la direction du flux des veines en plaçant l'extrémité de vos index sur la veine, puis en les éloignant le long de la veine pour la vider. En soulevant l'un ou l'autre doigt, il est possible de déterminer la direction du remplissage de la section ainsi vidée (Fig. 6.11). On observe parfois un signe clinique rare, la « tête de méduse », où de grandes veines irradient à partir de l'ombilic. Ceci survient dans l'hypertension portale où les veines établissent des anastomoses entre les circulations systémique et portale autour du ligament rond.

Cicatrices sur la paroi abdominale. Elles vous informent du passé chirurgical du patient, et chacune doit être explicable. Les cicatrices chéloïdes sont des cicatrices exubérantes dans lesquelles le tissu fibreux s'étend au-delà de l'incision originelle; elles surviennent surtout chez les personnes noires.

Vergetures gravidiques. Ces cicatrices argentées sont des marques d'étirement de la paroi abdominale à la suite d'une grossesse. Toutefois, toute prise de poids rapide chez les jeunes filles pubères, les patients traités par corticothérapie ou ceux atteints d'un syndrome de Cushing peut provoquer l'apparition de vergetures qui sont initialement d'un rouge violacé, mais qui peuvent s'estomper en un gris argenté.

Modifications de l'ombilic. Il peut exister une hernie para-ombilicale chez les personnes obèses. Chez les personnes âgées qui ne se lavent pas, l'ombilic peut être rempli par un bouchon sébacé et squameux. Lors de distensions importantes, comme dans l'ascite, l'ombilic est étiré: c'est le « sourire de l'ombilic ». Il peut également être repoussé comme dans une hernie ombilicale. Un saignement intra-abdominal peut décolorer l'ombilic. À l'origine, ce signe a été

décrit en association avec une pancréatite aiguë et s'appelle le signe de Cullen (Fig. 6.12).

Péristaltisme visible. Il est plus visible dans une lumière indirecte. Chez les personnes âgées maigres, le péristaltisme peut être visible à l'état normal. En cas d'obstruction à l'évacuation gastrique, observez les mouvements qui s'effectuent de gauche à droite le long du corps de l'estomac. Ceci peut prendre une minute pour être décelé donc ne vous pressez pas; il s'agit souvent d'un signe clinique discret. L'obstruction colique est censée se déplacer de droite à gauche, mais ceci n'est apparent que le long du côlon transverse.

Palpation

C'est le moment le plus important de l'examen de l'abdomen.

- Placez-vous à la droite du patient;
- Utilisez toute votre paume, dans le prolongement horizontal de votre avant-bras ;
- Débutez votre palpation loin des zones douloureuses;
- Soyez doux et donnez confiance à votre patient;
- Observez le visage de votre patient pendant que vous palpez.

Certaines structures sont souvent palpables chez les patients minces (Fig. 6.13).
Avec de la pratique vous apprendrez que:

- il est souvent possible, lors d'une inspiration profonde, de ressentir le bord antérieur du foie, qui peut être légèrement sensible;
- le caecum peut être perçu comme une masse mal définie, molle et clapotante dans la fosse iliaque droite;
- le pouls aortique est palpable dans l'épigastre, mais ceci ne veut pas nécessairement dire qu'il existe un anévrisme ;
- un côlon descendant plein est souvent palpable comme une structure cylindrique dans la fosse iliaque gauche;
- le promontoire sacré peut être perçu chez les patients maigres, en particulier chez les femmes avec une lordose lombaire exagérée.

Figure 6.12. Signe de Cullen.

Figure 6.13. Viscères normaux souvent palpables dans un abdomen mince.

Auscultation

C'est un savoir-faire négligé par les praticiens; les chirurgiens sont, eux, plus enclins à l'auscultation, en raison de sa très grande valeur dans le diagnostic des abdomens aigus. A l'état normal, des bruits de gargouillement graves et peu nombreux surviennent à quelques secondes d'intervalle. Si l'intestin est dilaté et en mouvement, comme au cours d'une obstruction, on peut entendre des bruits plus aigus allant jusqu'au tintement. Quand existe un iléus paralytique, l'abdomen est uniformément silencieux, à l'exception des bruits lointains du cœur.

Des bruits artériels sont souvent perçus venant d'artères plicaturées, rétrécies ou irrégulières. Vous ne pouvez pas, à l'auscultation, déceler fidèlement les étiologies ou l'origine de ces bruits et il serait imprudent de leur accorder trop d'importance, sauf si ces bruits sont inhabituellement forts et/ou accompagnés d'un souffle.

Percussion

La percussion de l'abdomen peut aider à :

- confirmer que la distension est gazeuse. La percussion d'un intestin obstrué génère un tympanisme comme un tambour;
- révéler la matité mobile d'une ascite (Fig. 6.26);
- définir les bords des organes solides, des masses;
- identifier des poches de gaz provenant de viscères perforés.

• LE FOIE

Il est important de comprendre que même chez les personnes en bonne santé, le foie a une forme et une topographie variables (Fig. 6.14). Son bord supérieur culmine jusqu'à 1 cm au-dessus de la 5e côte sur la ligne médioclaviculaire, et son bord antérieur et inférieur s'étend jusqu'au rebord costal. Chez les personnes minces, ce bord inférieur peut être palpé lors d'une inspiration profonde.

Chez des patients au thorax distendu, comme dans l'emphysème, le foie peut se situer jusqu'à

Figure 6.14. Aire de projection du foie montrant le site où l'on peut mesurer la flèche hépatique.

deux espaces intercostaux plus bas. Le lobe gauche du foie s'étend jusqu'au-delà de la ligne médioclaviculaire gauche. La variation normale la plus fréquente des contours du foie est la présence d'une langue de foie s'étendant vers le bas, dans la fosse iliaque droite, nommée le lobe de Riedel.

La meilleure manière de déceler une augmentation du volume du foie est de débuter l'examen la main droite à plat sur la paroi abdominale, l'index parallèle au rebord costal droit (Fig. 6.15a), ce qui vous permettra dévaluer l'importance générale de son augmentation de volume. Ceci sera confirmé de manière plus précise en déplaçant l'avant-bras et la main parallèlement au grand axe du corps, et en utilisant l'extrémité des doigts pour définir la position exacte du rebord hépatique (Fig. 4.15b). L'augmentation de volume du foie peut s'exprimer en centimètres en dessous du rebord costal droit sur la ligne médioclaviculaire droite. N'utilisez pas des largeurs de doigts, c'est une mesure démodée et inadaptée.

Le fait que le rebord hépatique soit palpable en dessous du rebord costal ne veut pas nécessairement dire que le foie ait augmenté de volume. Des poumons distendus peuvent le repousser vers le bas. C'est la raison pour laquelle certains cliniciens mesurent la flèche hépatique (Fig. 6.14)

(a)

(b)

Figure 6.15. (a) Débutez la palpation du foie avec l'index parallèle au rebord inférieur du foie; ceci vous permettra d'évaluer la taille générale du foie, (b) Définissez le rebord de manière plus précise avec les doigts parallèles au grand axe du corps.

qui correspond à la distance entre le rebord supérieur du foie et le bord costal sur la ligne médioclaviculaire. Chez les personnes en bonne santé, cette flèche est de 8 à 10 cm chez la femme et de 10 à 12 cm chez l'homme, mais gardez en mémoire que la taille du foie est proportionnelle à celle du corps tout entier.

La vésicule

À l'état normal, la vésicule n'est pas palpable. Lorsqu'elle est distendue par la bile, vous pouvez la percevoir comme un dôme ovale et lisse émergeant en dessous du rebord costal droit. Son fond hémisphérique peut souvent être palpé à travers la paroi abdominale, comme s'il flottait dans l'eau.

Taille, forme et consistance du foie pathologique

Les modifications de la taille et de la forme du foie dans diverses maladies fréquentes sont illustrées par les figures 6.16a à 6.16f.

Stigmates de maladies hépatiques chroniques

L'examen du foie ne sera complet qu'avec la recherche de stigmates d'une maladie hépatique chronique. Beaucoup de ces signes se retrouvent dans toutes les formes d'hépatites chroniques ou de cirrhose ; d'autres sont spécifiques à certaines formes de maladies hépatiques (Point de révision 6.7).

- Les angiomes stellaires sont de petites lésions vasculaires, chacune étant alimentée par une artériole centrale d'où partent une série de petits vaisseaux ayant un aspect de pattes d'araignée (ou d'étoiles scintillantes [NdT]) (Fig. 6.17). Chez une personne normale, ils peuvent être présents en petit nombre, particulièrement chez la femme, où ils s'étendent lors de la grossesse. Ils pâlissent en subissant la pression d'une plaque de verre, mais plus spécifiquement, la totalité de la lésion disparaît si l'artériole centrale qui l'alimente est comprimée avec la pointe d'un crayon. Dans les affections hépatiques chroniques, en particulier dans l'hépatite chronique active et dans la cirrhose compliquée d'un hépatome, les angiomes sont distribués de manière extensive sur toute la moitié supérieure du corps ;
- Erythème palmaire. Expression de la vasodilatation généralisée dans les maladies hépatiques, les éminences hypothénar et thénar sont érythémateuses (Fig. 6.18). Toutefois, il n'est pas rare de les rencontrer chez les personnes pléthoriques et par ailleurs normales;
- L'hippocratisme digital est fréquent dans la cirrhose;
- Leuconychie: blanchiment des ongles (Fig. 6.19). Il serait dû à une hypoalbuminémie mais il n'y a pas eu de démonstration scientifique convaincante;

Insuffisance cardiaque droit

(a) Foie sensible et augmenté de taille
Cardiomegalie
Le diaphragme droit peut être soulevé
Reflux hépato-jugulaire
Autres signes d'insuffisance cardiaque
Expansion systolique du foie en cas d'insuffisance tricusi

Poumons distendus

(b) Le bord mousse du foie est palpable
Tympanisme thoracique avec décalage
vers le bas de la matité hépatique

Cirrhose hépatique

(c) Foie dur et irrégulier
Peut être de petite taille, normal ou agrandi
Stigmates de maladie hépatique chronique
Splenomegalie
Ascite possible

Métastases

(d) Hépatomégalie dure, irrégulière, nodulaire, facilement palpable
Diaphragme droit refoulé vers le haut
Matité à la percussion et diminution des bruits
respiratoires aux bases pulmonaires
Signes cliniques simulant un épanchement pleural
postérieur de la base droite

Carcinome hépatocellulaire primitif

(e) Patient africain
Épigastre sensible
Altération de l'état général

Infiltration diffuse

(f) Par ex. Amylose ou sarcoïdose
Hépatomégalie homogène et régulière
La rate peut aussi être palpable

Figure 6.16. Transformations du foie selon les maladies, (a) Insuffisance cardiaque droite, (b) Distension pulmonaire, (c) Cirrhose du foie, (d) Métastases hépatiques, (e) Carcinome hépatocellulaire primitif chez un patient africain, (f) Infiltration diffuse du foie.

POINT DE RÉVISION **6.7**

Stigmates de maladies hépatiques chroniques

Site	*Signes cliniques*	*Association spécifique*
Face	Angiomes stellaires, signe du papier-monnaie, télangiectasie	
	Ictère	
	Faciès cushingoïde	Hépatopathie alcoolique
	Xanthelasma	Cholestase prolongée
	Anneaux de Kayser-Fleisher (anneaux beiges de chelates de cuivre à la périphérie de la cornée)	Maladie de Wilson
Peau	Angiomes stellaires *(cf.* Fig. 6.17)	
	Ictère	
	Marques de grattage	Cholestase prolongée, en particulier dans la cirrhose biliaire primitive
	Pigmentation grise ardoise	Hémochromatose
Mains	Hippocratisme digital	
	Ongles blancs (leuconychie) (Fig. 6.19)	Hypoalbuminémie
	Maladie de Dupuytren (rétraction)	Hépatopathie alcoolique (incertain)
	Erytheme palmaire (Fig. 6.18)	
	Flapping tremor	Encéphalopathie hépatique
Système endocrinien (homme)	Gynecomasty (Fig. 6.20) Pilosité rare	
	Atrophie testiculaire	
Système nerveux	Tremblements et mouvements athétosiques	Maladie de Wilson

Figure 6.17. Angiomes stellaires.

Figure 6.18. Face palmaire des mains. L'aspect marbré des éminences hypothénar est caractéristique.

Figure 6.19. Leuconychie.

• Gynécomastie (Fig. 6.20), impuissance, fragilité des poils et atrophie testiculaire chez l'homme.

Figure 6.20. Gynécomastie chez un patient indien avec une hépatite chronique active.

• LA RATE

La rate n'est pas palpable à l'état normal. Chez des adultes jeunes, sa taille est celle d'un poing. Située dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen, son grand axe mesure approximativement 10 cm de long et il est parallèle à la 10e côte gauche. Comme pour d'autres tissus lymphoïdes, elle s'atrophie avec l'âge et passe de 200 g chez un jeune à 70/80 g chez une personne âgée. On dit que la rate doit augmenter de deux ou trois fois son volume normal avant d'être perçue: ceci est incorrect.

Le signe le plus précoce de la Splenomegalie est une augmentation de l'aire normale de la matité splénique à la percussion, en avant de la ligne médio-axillaire, au niveau de la 10e côte (Fig. 6.21). Toutefois, le tympanisme du gaz dans l'estomac peut masquer ce signe. Au fur et à mesure de l'augmentation de volume, elle s'étend en dessous du rebord costal gauche, vers le bas et médialement. Dans une Splenomegalie importante, elle peut même se retrouver dans la fosse iliaque droite.

Recherchez la rate en plaçant votre main gauche en dessous des côtes inférieures gauches et en les soulevant vers l'avant. Utilisez la main droite

Figure 6.21. Projection de la rate.

pour palper le bord antérieur et inférieur de cet organe (Fig. 6.22). Notez la taille de la rate en centimètres (et non en travers de doigts) par rapport à la marge costale gauche. Les signes cliniques sont résumés dans la figure 6.23.

La Splenomegalie peut être confondue avec un gros rein gauche. Dans ces circonstances, la rate est mate; en revanche, la zone devant le rein gauche présente un tympanisme car le gros rein repousse devant lui l'angle colique gauche (Point de révision 6.8).

Figure 6.22. Palpation de la rate.

Signes cliniques
d'une Splenomegalie

Masse dans le quadrant supérieur gauche
Impossible de passer au-dessus de la masse
Matité à la percussion
Masse pouvant être soulevée latéralement
Descend à l'inspiration

Figure 6.23. Signes cliniques d'une Splenomegalie.

• MASSES ABDOMINALES DE LA LIGNE MÉDIANE

Dans ce paragraphe, nous traiterons des masses abdominales de la ligne médiane découvertes en pratique clinique. La séparation entre masses abdominales supérieure, centrale et inférieure est, bien sûr, arbitraire, mais elle permet une approche diagnostique simple.

Les signes cliniques les plus fréquents sont résumés dans les diagrammes des figures 6.24a à 6.24d.

Dans le monde occidental, une masse dure, irrégulière et fixée de l'épigastre est le plus souvent un carcinome de l'estomac à un stade avancé; le patient se présente avec une anorexie, des douleurs et une perte de poids depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Les métastases surviennent précocement dans les nœuds lymphatiques et le foie. Si la tumeur

POINT DE RÉVISION **6.8**

Causes d'une splénomégalie

Étiologie	*Maladies*	*Signes cliniques associés*
Infectieuse	Mononucléose infectieuse	Gorge irritée, adenopathies modérées
	Hépatite infectieuse	Jaunisse
	Endocardite infectieuse subaiguë	Cardiaque, fièvre, lésion embolique
	Kala-azar*	
	Paludisme	Fièvre, hépatomégalie, jaunisse
	Splenomegalie tropicale	Anémie
Congestive	Cirrhose	Foie ferme, stigmates de maladies hépatiques chroniques
	Bilharziose*	Souvent associés à des atteintes hépatiques
	Thrombose des veines porte et splénique	Anémie, infections, hémorragie
Hématologique	Leucémie aiguë	Anémie
	Leucémie chronique granulocytaire** et myélosclérose*	
	Sphérocytose héréditaire	Anémie (Fig. 40.6)
	Thalassémie	
	Lymphome et leucémie lymphoïde chronique**	Adenopathies
Infiltrations	Amylose	Hépatomégalie, Cardiomegalie
	Sarcoïdose	Fibrose pulmonaire, irido-cyclite
Autres	Kystes et tumeurs	
	Syndrome de Felty	Arthropathie

* Essentiellement sous les tropiques. ** Chez les patients âgés.

obstrue l'évacuation gastrique, elle provoquera des vomissements abondants de nourriture non digérée. Une grande tumeur pancréatique peut être perçue dans cette région, mais elle est le plus souvent associée à un ictère obstructif. Une métastase du lobe gauche du foie peut être difficile à diagnostiquer, mais cette dernière est mobile à la respiration.

Les atteintes des ganglions para-aortiques et mésentériques se manifestent comme des masses centrales, nodulaires et mal définies. Ces adénopathies sont habituellement dues à un lymphome ou à une leucémie lymphoïde chronique, mais peuvent être secondaires aux métastases d'une tumeur primitive comme un séminome.

Figure 6.24. Signes cliniques des masses abdominales, (a) Carcinome de l'estomac, (b) Lymphome. (c) Anévrisme aortique. (d) Kystes palpables de l'abdomen.

Un anévrisme abdominal provoque un gonflement pulsatile sur la ligne médiane chez un patient athéromateux. Beaucoup de masses abdominales sont pulsatiles, mais le critère diagnostique d'un anévrisme abdominal est une pulsatilité expansive plutôt que transmise.
Les plus fréquentes des masses kystiques médianes de la partie inférieure de l'abdomen sont les kystes ovariens; s'ils sont malins, ils peuvent être associés à une ascite. Parfois, les kystes ovariens bénins sont situés, de manière surprenante, très haut dans l'abdomen. Les autres kystes abdominaux sont rares, exceptés les kystes hydatides dans les contrées où la maladie est endémique. Les faux-kystes pancréatiques sont situés derrière l'estomac et sont fixés. Les kystes mésentériques sont réputés mobiles, à angle droit avec l'axe du mésentère, mais ce sont de tumeurs rares, et ce signe clinique est difficile à mettre en évidence.

POINT DE RÉVISION **6.9**

Causes d'une masse de la fosse iliaque droite

- Masse appendiculaire* (fréquente dans le monde occidental)
- Abcès appendiculaire*
- Maladie de Crohn*
- Carcinome du caecum**
- Amibiase* (surtout présent dans les aires tropicales)
- Tuberculose*
- Lymphome** (moins fréquent, mais distribution plus diffuse)
- Abcès du psoas
- Kyste ovarien mobile**
- Tumeurs rétropéritonéales**
- Testicule ectopique malin et autres tumeurs inhabituelles**
- Tumeurs osseuses**
- Anévrisme iliaque**

* À tout âge. ** Surtout chez les patients âgés.

• MASSES DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

L'âge, les circonstances et l'appartenance ethnique du patient sont déterminants dans cette situation. Certaines des causes sont présentées dans le Point de révision 6.9.
Une masse de la fosse iliaque droite chez un enfant ou un jeune adulte avec des antécédents récents de douleurs débutant au centre de l'abdomen et se déplaçant vers la droite a toutes les chances d'être une masse appendiculaire inflammatoire. L'apparition d'une fièvre, d'une contracture et d'une douleur de plus en plus intense suggère le développement d'un abcès.
Les diagnostics différentiels de ces situations sont discutés plus loin dans le chapitre 27.

• DISTENSION ABDOMINALE

C'est un motif de plainte chez beaucoup de patients, et pour lequel on ne retrouve parfois aucune cause évidente. Habituellement, elle survient après un repas trop copieux, ou en raison d'un excès de gaz dans le côlon. Quoi qu'il en soit, il existe quelques causes très importantes et graves. Elles peuvent être dues à un liquide, un gaz, une grossesse, une graisse, des selles (Point de révision 6.10). À cette liste, il faut ajouter les fibromes utérins, pour nous rappeler que des tumeurs très volumineuses peuvent occasionnellement provoquer une distension abdominale.

Liquide

Déceler du liquide libre (Fig. 6.25) dans l'abdomen au cours de l'examen clinique est une technique relativement peu précise, et il faut au moins 500 à 1 000 ml de liquide pour produire

POINT DE RÉVISION **6.10**

Étiologies d'une distension abdominale

- Liquide (ascite)
- Flatulences (distension gazeuse)
- Grossesse
- Graisse
- Matières fécales (mégacôlon)
- Fibromes utérins (et autres grandes masses comme des kystes ovariens, des polykystiques, etc.).

des signes cliniques (Fig. 6.26). À l'opposé, l'échographie peut détecter une quantité aussi faible que 50 ml.
Ces maladies, qui se compliquent d'une ascite (Fig. 6.25), sont nombreuses et listées dans le Point de révision 6.11, mais en pratique, il n'y a que trois causes importantes et fréquentes.

Cirrhose. Recherchez des stigmates de maladies hépatiques chroniques et une hépato-splénomégalie.

Défaillance cardiaque congestive. Recherchez attentivement d'autres signes d'insuffisance cardiaque, comme une augmentation de la pression veineuse jugulaire, une hépatomégalie ou un œdème.

Carcinomatose abdominale. Examinez l'abdomen à la recherche de masses. Faites un examen pelvien pour rechercher un carcinome de l'ovaire.

POINT DE RÉVISION **6.11**

Causes des ascites

Associée à des maladies chroniques	*Associée à un abdomen aigu*
Cirrhose du foie*	Hémopéritoine post-traumatique
Insuffisance cardiaque*	
Carcinomatose abdominale*	Péritonite aiguë
Hépatopathie bénigne	Pancreatite aiguë
Thrombose des veines hépatiques (Syndrome de Budd-Chiari)	
Pericardite constrictive	
Atteinte séreuse multiple (ex. lupus érythémateux disséminé)	
Hypoprotidémie (ex. syndrome néphrotique)	
Péritonite chronique (ex. tuberculose)	
Obstruction lymphatique (ascite chyleuse)	

* Surtout chez les personnes âgées.

Figure 6.25. Ascite due à une cirrhose du foie. Noter l'hépatomégalie et la faible pilosité.

Flatulences (distension gazeuse)

Au début de l'évolution, la distension est localisée dans la partie de l'abdomen où se situe la portion intestinale dilatée, par exemple dans la fosse iliaque droite lorsque le caecum est distendu. Au fur et à mesure de la progression de la distension, l'ensemble de l'abdomen se dilate, Cliniquement, on trouve une hyperrésonance, mais lorsqu'il y a obstruction, on observe également un péristaltisme apparent.

Grossesse

Beaucoup de praticiens ne reconnaissent pas les signes cliniques d'une grossesse avancée chez les patientes obèses, et cela ne va pas en s'améliorant. Ce point peut apparaître comme relativement trivial, mais cette erreur est évitable si l'on considère que la grossesse est possible chez toute femme en période reproductive se présentant avec une distension abdominale.

Figure 6.26. Matité mobile, (a) Patient en décubitus dorsal : les deux flancs sont mattes, (b) Patient couché sur le côté: le liquide se déplace et le seul flanc supérieur présente un tympanisme.

Graisse

L'obésité n'est habituellement pas difficile à diagnostiquer, mais parfois la graisse est localisée dans l'abdomen d'un patient qui n'en a manifestement pas ailleurs. La graisse s'accumule dans les tissus sous-cutanés et dans les replis péritonéaux, mais pas de manière égale pour tout le monde. Le gros ventre des buveurs de bière de sexe masculin est habituellement dû à une accumulation excessive dans les replis péritonéaux. Chez la femme, une accumulation importante dans les parois abdominales forme un tablier de graisse qui pend devant le pubis.

POINT DE RÉVISION **6.12**

Causes de distension marquée de l'abdomen par des lésions solides ou kystiques

- Tumeurs volumineuses qui peuvent distendre l'abdomen (ex. tumeur rénale)
- Hépatomégalie (particulièrement métastatique)
- Volumineuse Splenomegalie
- Reins polykystiques (et foie)
- Adénopathies (comme les lymphomes non hodgkinien)
- Ganglioneurome (chez l'enfant)
- Nephroblastome (chez l'enfant)

Fibromes utérins et autres tuméfactions de l'abdomen

Dans la liste ci-dessus il est utile de se remémorer l'étiologie des fibromes utérins pour penser à d'autres masses solides, d'organes ou de kystes aux qui peuvent être volumineux à en distendre l'abdomen (Point de révision 6.12).

• ANUS ET RECTUM

L'examen du périnée, de l'anus et du rectum complète et constitue un stade obligatoire de l'examen de l'abdomen et du tube digestif. Alors qu'il n'est pas utile chez l'enfant et chez les adultes jeunes sans plainte particulière, il devient essentiel chez les patients d'âge moyen ou élevé. Sans cela, le carcinome rectal asymptomatique ou les polypes rectaux ne seraient pas diagnostiqués. Il y a, évidemment, des situations où la douleur de la région anale passe avant tout; cela peut être simplement une tuméfaction (Point de révision 6.13).

POINT DE RÉVISION **6.13**

Tableaux cliniques douloureux de la région anale

Douleur isolée	
Fissure	Pendant et après la défécation
Proctalgie fugace	Crises de crampes douloureuses et sévères du rectum Nocturnes, durent quelques minutes à quelques heures Cause inconnue
Abcès ano-rectal	Douleur habituellement localisée
Douleur et tuméfaction	
Hématome périanal	À tout âge mais fréquent après la naissance
Abcès ano-rectal	
Douleur avec tuméfaction et saignement	
Prolapsus du rectum	Presque toujours chez la femme
Hémorroïdes prolabées	
Carcinome de l'anus ou du canal anal	
Douleur avec saignement	
Fissure	Selles striées de sang

Pour les patients, c'est le moment le plus embarrassant et le plus désagréable de l'examen clinique.

- Soyez plein d'égards, expliquez ce que vous faites et pourquoi;
- Soyez doux;
- Placez votre patient en décubitus latéral gauche, avec les hanches et les genoux fléchis, mais avec les fesses sur le bord du lit;
- Mettez des gants et inspectez l'anus et le périnée en soulevant la fesse droite avec la main gauche.

A ce stade, recherchez :

- un suintement du périnée ou des traces sur les sous-vêtements par des selles, des écoulements du sang;
- des hémorroïdes prolabées;
- des condylomes ou des verrues *[cf.* chapitre 19);
- des cicatrices et ou la formation d'une fistule (Fig. 35.1);
- des ulcères ou des fissures;
- des rougeurs.

Lubrifiez alors l'index droit et placez la pulpe sur l'anus. Demandez au patient de pousser comme s'il allait à la selle; une pression douce sur l'anus permettra au doigt de glisser dans le canal anal et le rectum. En réalisant ce geste, inclinez doucement le doigt vers l'arrière; ceci exercera une pression sur la sangle du muscle pubo-rectal (élévateur de l'anus [NdT]) qui s'ajoute au tonus du sphincter anal (Fig. 6.27a et 6.27b). Trois choses à ne pas faire en réalisant un examen du rectum :

- N'introduisez pas l'extrémité de votre doigt directement dans le rectum;
- Ne faites pas l'examen s'il apparaît trop douloureux; il peut y avoir une fissure;
- Ne cherchez pas à forcer le passage du doigt à travers un rétrécissement.

Lorsque votre doigt se situe dans le rectum, faites-en le tour pour évaluer la muqueuse rectale, pour ressentir une tuméfaction anormale ou des ulcères, et pour définir les structures normales. En plaçant votre main gauche sur l'abdomen dans la région sus-pubienne vous serez capable de palper les organes pelviens bimanuellement. Notez la présence et la consistance de matières dans le rectum. Une masse dure de matières chez une personne âgée et fragile suggère un fécalome.

Chez l'homme, le rapport antérieur le plus important est la glande prostatique (Fig. 6.27c).

Figure 6.27. (a, b) Comment réaliser l'examen du rectum, (c) Situation de la prostate, (d) Situation du col.

Elle est ferme, rugueuse et son diamètre de 2 à 3 cm. Un sillon médian est palpable, ainsi que les vésicules séminales qui peuvent être palpées au bout du doigt, de chaque côté. Avec l'âge, la prostate s'hypertrophie en augmentant de volume et en faisant protrusion dans le rectum, sans être forcément symétrique. La muqueuse rectale qui le recouvre doit être régulière et mobile. Le carcinome de la prostate se développe et forme un nodule induré dans la glande, qui est impossible à différencier d'une zone de calcification. On augmentant encore, la tumeur forme une masse irrégulière asymétrique qui envahit la muqueuse voisine. Lorsque la tumeur s'étend latéralement dans le pelvis, la prostate a des « ailes ». Dans la prostatite aiguë, la glande est extrêmement sensible à la palpation.

De chaque côté du rectum se placent les fosses ischio-rectales où peuvent se collecter des abcès. En arrière, il est habituellement possible de palper la concavité du coccyx.

Chez la femme, les repères correspondant sont: en avant, le col utérin qui, en fonction de sa maturité est perçu comme une masse ferme, comme l'extrémité d'un nez (Fig. 6.27d). En utilisant la technique bimanuelle, il vous est alors possible de déterminer la taille et la forme de l'utérus, et de palper une tuméfaction ovarienne.

Dans les deux sexes, la paroi rectale doit être examinée avec attention, à la recherche de polypes ou d'un carcinome rectal. Jusqu'à 90 % des carcinomes rectaux peuvent être palpés avec le doigt. Les petites tumeurs peuvent être papillaires ou nodulaires, mais l'extension des volumineuses tumeurs ulcérées est parfois difficile à apprécier. Si l'extrémité du doigt examinateur explore les bords d'une masse et semble entrer dans une cavité, ceci correspond à une base nécrotique

ulcérée. Quand la muqueuse rectale est enflammée, comme dans les colites ulcérantes, elle prend la consistance du velours. Toutefois, l'état de la muqueuse ne peut être évalué avec précision que par une vision directe à travers un proctoscope, un sigmoïdoscope et une biopsie.

En retirant le doigt, examinez le gant:

- la présence de sang et/ou de mucus suggère une tumeur ulcérée et une maladie chronique inflammatoire intestinale, comme une rectocolite ulcéro-hémorragique;
- des selles odorantes, pâles et collantes suggèrent une malabsorption graisseuse ou stéatorrhée ;
- des selles décolorées orientent vers un ictère obstructif;
- un volumineux écoulement muqueux et liquide suggère un adénome villeux;
- un écoulement muqueux et hydrique avec une masse volumineuse de fèces dans le rectum oriente vers un fécalome.

Guide pratique pour les maladies du système nerveux

07

• PROBLÈMES RENCONTRÉS

Ce chapitre vous offre un petit guide pour examiner le système nerveux. Vous devez commencer par apprendre à le faire de manière exhaustive afin de pouvoir traiter une grande variété de problèmes auxquels vous serez confrontés. Ceux-ci comprennent:

- une soudaine perte de connaissance;
- un accident vasculaire cérébral;
- une détérioration des fonctions intellectuelles;
- des problèmes de langage;
- une faiblesse;
- des troubles de la marche et de l'équilibre;
- une douleur ou autre perturbation sensitive;
- des mouvements involontaires;
- des céphalées *[cf.* chapitre 26).

Cela dit, vous apprendrez très vite qu'il n'y a rien de plus important qu'un examen neurologique de routine. L'examen d'une femme âgée inconsciente avec un accident vasculaire cérébral grave sera très différent de celui d'un homme jeune avec des céphalées récidivantes. Vous devrez tenir compte des attentes de votre patient. Seule l'expérience vous dira ce qui doit être conservé et ce que vous pourrez négliger. Débutons par les problèmes les plus fréquents en chirurgie, au service d'urgence ou à l'hôpital.

• SYMPTÔMES

Perte de connaissance

Ici, tout dépend des circonstances, de l'âge et des antécédents médicaux du patient, ainsi que la rapidité de la récupération. La manière de prendre en charge un patient inconscient est rappelée au chapitre 26, mais il est très important de:

- s'assurer que les témoins, les amis ou les membres de la famille ne disparaissent pas avant d'avoir été complètement interrogés;
- déterminer, en détail, les circonstances de l'épisode;
- rechercher des signes antécédents ou actuels qui pourraient être éventuellement mentionnés sur la « Medi-Alert card* » que porterait le patient ;
- conserver tout médicament;
- rechercher le nom du médecin de famille.

Le Point de révision 71 dresse la liste des causes les plus fréquentes de perte de connaissance *avec récupération spontanée* et oriente vers des diagnostics possibles.

Accident vasculaire cérébrai

La plupart des personnes comprennent ce que signifie le terme accident vasculaire: c'est une des causes les plus fréquentes d'admission en urgence à l'hôpital. Vous devez rechercher chez tous les patients des facteurs écologiques éventuels.

* NdT: La « Medi-Alert card » signale les antécédents médicaux. Le patient doit la garder sur lui en cas d'accident. C'est, par exemple, la carte de porteur de pacemaker, etc.

POINT DE RÉVISION 7.1

Perte de connaissance brutale avec récupération spontanée

	Type d'événement	*Circonstances*	Ce *que l'on peut trouver à l'examen*
Jeunes	Syncope	Anxiété	Pâle, en sueur, pouls lent
	Vaso-vagale	Station prolongée dans une atmosphère chaude, étouffante	
	Hypoglycémie	Diabétique insulinodépendant	Pâle, en sueur, récupère avec du glucose
	Hyperventilation	Excitation ou anxiété	Spasmes carpo-pédal +/-, fourmillement des extrémités
	Epilepsie	À tout moment	Dépend du type, mais il peut y avoir morsure de langue ou perte d'urine
Adultes ou personnes âgées	Comme chez le jeune		
	Hypotension orthostatique	Médicaments psychotropes ou anti-hypertenseur	Chute de la TA systolique > 20 mm en position debout
	Syncope à la toux ou à la miction	Collapsus après un accès de toux ou, chez l'homme âgé, en position debout alors qu'il essaye d'uriner	Rien
	Troubles du rythme, habituellement bloc		Le rythme peut être redevenu normal lors de l'examen de conduction (*cf.* chapitre 4)
	Sténose aortique	À l'effort	Signes cliniques caractéristiques

Des questions essentielles peuvent être posées concernant:

- d'anciens épisodes d'accidents ischémiques transitoires;
- des antécédents d'hypertension ;
- une histoire familiale;
- un tabagisme;
- des facteurs prédisposants, comme par exemple une fibrillation auriculaire, une maladie valvulaire cardiaque ou une maladie vasculaire.

Détérioration des fonctions intellectuelles

Ce sont des membres de la famille, des amis préoccupés ou des collègues de travail qui attirent l'attention. La nature des questions que vous poserez dépend du degré de détérioration. Expliquez ce que vous faites et n'embarrassez par votre patient encore alerte avec des questions offensantes et simplistes. Vous pourriez commencer par quelques questions générales comme:

- Avez-vous l'impression que votre mémoire se détériore ?
- Avez-vous des difficultés à trouver le bon mot dans la conversation de tous les jours?
- Pensez-vous que votre caractère se soit altéré?
- Vous êtes-vous déjà perdu sur des trajets familiers?
- Avez-vous des difficultés à réaliser votre travail?

Nous traiterons des problèmes de la démence dans les chapitres 8 et 13.

Difficultés du langage

Ici, l'histoire clinique est intimement liée à l'examen clinique. Vous distinguerez très rapidement si votre patient a des difficultés à mettre ses pensées en mots (dysphasie d'expression) ou à comprendre des mots entendus (dysphasie de perception), ou bien si le problème vient d'une difficulté à articuler (dysarthrie). La manière d'aborder ce problème sera détaillée plus loin.

Faiblesse

Soyez attentif à bien différencier une vraie faiblesse d'une fatigabilité. En raison de la difficulté qu'ont les patients (ainsi que les médecins et les étudiants) à bien les distinguer, nous avons consacré deux chapitres distincts dans la section C du livre, qui porte sur la résolution des problèmes (chapitre 28 : « La fatigue » et chapitre 41 : « Parésie des membres »).

Il est essentiel de déterminer l'évolution et la distribution de la faiblesse. Une faiblesse des membres s'aggravant inexorablement chez un jeune garçon oriente vers une dystrophie musculaire; des épisodes répétés de faiblesse chez une jeune femme peut orienter vers une atteinte démyélinisante alors qu'une parésie des membres progressant rapidement chez un homme âgé oriente vers une compression médullaire.

Troubles de la marche

Vos patients ne se plaindront que rarement de « problèmes de marche ». Ils diront plutôt que leurs jambes leur paraissent raides et ne peuvent pas démarrer, qu'ils chancellent et qu'ils tombent. Vous pouvez évaluer la démarche lorsque votre patient s'approche de vous. L'interroger peut encore préciser les choses. Certaines caractéristiques de la marche sont résumées dans le Point de révision 7.2.

Mouvements involontaires

Les patients évoquent les mouvements qu'ils ne peuvent pas contrôler en termes de tremblements, de secousses, de crispations et de convulsions.

• EXAMEN CLINIQUE

Après vos observations générales, évaluez les fonctions intellectuelles et le langage, puis explorez les nerfs crâniens et les systèmes moteur et sensitif. La plupart des cliniciens procèdent de haut en bas.

POINT PRATIQUE

Ayez toujours en mémoire la possibilité d'une méningite, d'un abcès cérébral ou d'une encéphalite chez les patients avec de la fièvre et une altération de l'état de conscience. Il est trop facile de supposer qu'un patient âgé, admis avec une suspicion d'AVC, a de la fièvre en raison d'une pulmonaire associée.

POINT DE RÉVISION **7.2**

Caractères de la marche

Type de démarche	*Symptômes possibles*	*Signes cliniques*
Spastique	Jambes raides et lourdes, blessures des orteils par les chaussures.	Dans l'hémiplégie, membre supérieur fléchi et jambe en extension. Si les deux membres inférieurs sont spastiques, une poussée du tronc aide la locomotion.
Démarche ataxique	N'est pas sûr de la position de ses jambes, aggravé par l'obscurité et en fermant les yeux fermés.	Signe de Romberg positif (p. 129). Atteinte des cordons postérieurs.
Ataxie cérébelleuse	Instabilité debout et à la marche.	Démarche avec un élargissement du polygone.
Démarche parkinsonienne	Difficultés à initier le mouvement, rigidité de tout le corps. Ne peut pas se retourner rapidement.	Tremblements, pas de balancement des bras, se penche en avant et recherche son centre de gravité.
Démarche dandinante	Difficultés à se lever ou à quitter sa chaise.	Souvent due à une myopathie proximale.
Chute du pied	Trébuchements fréquents, usure de la chaussure du côté atteint.	Bilatérale ou unilatérale. Souvent due à une neuropathie périphérique.

Premières impressions

L'examen et la prise en charge d'un patient somnolent ou inconscient sont traités de manière plus détaillée dans le chapitre 15. En particulier, évaluez la conscience du patient en utilisant si nécessaire l'échelle de Glasgow, prenez la température, recherchez une hémiplégie et les causes métaboliques du coma.

Pendant l'interrogatoire d'un patient conscient, il vous sera facile de suggérer un diagnostic à partir de:

- l'apparence du visage: dépression, spasme facial, neurofibromatose (Fig. 11.5), myopathie, sclérose tubéreuse;
- démarche et posture: hémiplégie, maladie de Parkinson, steppage, etc.;
- apparence générale et réponses: démence (Point de révision 7.3. Rappelez-vous qu'un aspect négligé peut-être caché par les soins de la famille ou de l'entourage, qui va préparer le patient pour aller voir le docteur) ;
- attitudes et comportements: hypomanie, dépression.

Fonctions mentales

L'évaluation de l'état mental débute dès l'entrée du patient dans la pièce de consultation. L'examen doit être « dirigé » de façon à élaborer à un diagnostic de travail, et certains points seront mis davantage en valeur selon le type de praticien: neurologue, psychiatre, gériatre. Voici les facteurs qui pourront être pris en compte, sans qu'ils le soient nécessairement dans chaque cas:

- apparence, comportement, communication;
- état émotionnel ;
- desorientations dans le temps et l'espace;
- illusions et hallucinations;
- mémoire. Lorsque vous testez la mémoire, essayez de différencier le rappel de mémoire immédiate, la mémoire récente et la mémoire à long terme. Le rappel de mémoire immédiat correspond à une mémoire de quelques secondes ou minutes et s'évalue en demandant aux patients de répéter une série de nombres, puis une autre série en ordre inverse. Les patients doivent être capables de se rappeler au moins six nombres croissants et quatre dans le sens inverse. La perte de mémoire récente s'apprécie aisément en évaluant l'orientation dans le temps et l'espace et en interrogeant votre patient à propos de nouvelles ou de programmes récents à la télévision. La mémoire à long terme est souvent, de façon surprenante, bien conservée même en cas de démence sévère;
- intelligence.

POINT DE RÉVISION 7.3

Signes cliniques de la démence

Signes frontaux
- Personnalité changée et obtuse
- Mauvais contrôle
- Mauvais jugement
- Perte d'inhibition
- Difficultés à élaborer un langage

Signes temporaux
- Ne peut se remémorer des événements récents
- Souvenirs immédiats perturbés
- Troubles du langage

Signes pariétaux
- Perturbation du schéma corporel
- Hémisphère gauche impliqué dans le langage, la lecture, le calcul, etc.
- Hémisphère droit impliqué dans les capacités spatiales et de construction, par exemple s'habiller, mettre la table.

Langage

La dysphasie est habituellement due à l'association d'un déficit d'expression, par exemple une difficulté à trouver des mots, et d'un déficit réceptif, par exemple des difficultés à comprendre des mots prononcés. Testez la composante de réception en demandant à votre patient de réaliser une tâche quotidienne par exemple « retirez vos lunettes », « sortez votre mouchoir » (Point de révision 7.4). Testez l'expression en demandant à votre patient de nommer des objets comme un livre, un coussin ou une assiette.

La dysphasie oriente vers une lésion ou une altération de la fonction du lobe frontal dominant ou du cortex prémoteur dominant (Fig. 7.1). Chez les personnes droitières, le cortex dominant est presque toujours le gauche; chez les personnes gauchères il l'est dans 60 % des cas.

POINT DE RÉVISION 7.4

Évaluation du langage

Écoutez le langage spontané : articulations, contenu et élocution.

Demandez aux patients de nommer des objets simples : lit, table et stylo.

Vérifiez la compréhension d'instructions parlées et écrites.

Demandez de répéter des mots ou des phrases.

Demandez une lecture à voix haute et d'écrire une phrase simple.

Figure 7.1. Principales régions anatomiques responsables d'une dysphasie (noter qu'il s'agit de l'hémisphère gauche).

La dysarthrie est un simple déficit de l'articulation qui peut-être due à de nombreuses causes comme:

- des lésions de tronc cérébral, comme dans les lésions du motoneurone de la paralysie bulbaire;
- des déficits pyramidaux bilatéraux dus à de petits et multiples infarctus, conduisant à une parole spastique (paralysie pseudo-bulbaire);
- une dysarthrie cérébelleuse avec des consonnes mal articulées et une cadence saccadée de la parole;
- une atteinte extrapyramidale comme la maladie de Parkinson qui donne une voix faible et monotone.

Réflexes archaïques

Ces réflexes ont une valeur limitée dans la localisation spécifique et le diagnostic des lésions; leurs caractéristiques sont résumées dans le Point de révision 7.5.

Nerfs crâniens

Nerf olfactif

L'examen des fonctions du nerf olfactif (I) n'est pas nécessaire en routine car il ne contribue que

POINT DE RÉVISION 7.5

Caractère des réflexes archaïques

Réflexe	*Comment le tester*	*Signification*
Réflexe palmo-mentonnier	Gratter la paume de la main avec l'extrémité vive du marteau à réflexe	Contraction ipsi-latérale du muscle mentonnier suggérant une lésion frontale controlatérale (peut être retrouvée à l'état normal chez certaines personnes).
Réflexe naso-palpebral	Percussion répétitive de la glabelle*	Normalement, l'occlusion palpébrale disparaît après 5 ou 6 tapotements. La réponse persiste dans les démences et la maladie de Parkinson.
Réflexe d'agrippement	Agrippement forcé de la paume de la main du bord radial vers le bord ulnaire	Un agrippement très ferme d'un côté suggère une lésion frontale controlatérale.
Réflexe de succion	Percussion des lèvres avec l'index	La succion suggère une atteinte hémisphérique bilatérale.

*La glabelle est la zone du crâne entre les yeux.

rarement à la solution d'un problème neurologique. Si vous devez tester l'odorat, utilisez des substances familières comme le café ou le parfum. N'utilisez pas de substance piquante comme les vapeurs d'ammoniaque qui ont un effet direct sur la muqueuse nasale innervée par le nerf trijumeau (V).

La perte de l'odorat (anosmie) est habituellement due à des altérations nasales locales comme la rhinite. Lorsque l'origine est neurologique, elle est habituellement secondaire à un traumatisme crânien mais peut occasionnellement être en rapport avec des lésions de la fosse crânienne antérieure.

L'anosmie peut être un signe très précoce de la maladie de Parkinson. Les performances de l'odorat déclinent avec l'âge dans les deux sexes.

Nerf optique

Chaque étudiant et médecin doit apprendre à examiner le nerf optique (II) de manière efficace et critique, ce qui implique l'utilisation convenable de l'ophtalmoscope (voir aussi chapitre 16). Saisissez chaque occasion pour examiner les fonds d'yeux, normaux et anormaux. Regarder le fond de l'œil avec le rayon lumineux d'un ophtalmoscope à travers la pupille équivaut à regarder dans une chambre noire à travers un trou de serrure. Pour retirer le maximum de cet examen :

- mettez votre patient dans une chambre sombre pour dilater la pupille;
- approchez la pupille à 15° de son axe de fixation (Fig. 7.2). De cette manière, la lumière ne va pas se refléter directement sur la macula, provoquant une constriction de la pupille. Vous pourrez immédiatement regarder la région de la papille optique;
- si nécessaire, dilatez la pupille avec un collyre mydriatique à courte durée d'action comme la tropicamide à 1 %. Ces médicaments peuvent être utilisés de manière sûre chez la majorité des patients, bien qu'il faille mieux l'éviter chez ceux qui sont prédisposés au glaucome à angle fermé. Antagonisez les effets du mydriatique à la fin de l'examen par la pilocarpine à 2 %.

Papille optique normale (Fig. 7.3). Elle est rose pâle, sa portion temporale étant habituellement plus pâle que le versant nasal. La partie centrale est déprimée: c'est la dépression physiologique. Les bords de la papille sont bien marqués et il existe souvent un anneau choroïdien pigmenté autour d'elle. Ne soyez pas embarrassé par la présence de zones blanches irradiant à partir de la papille et dont les bords

Figure 7.2. Dirigez le rayon de l'ophtalmoscope décalé de 15° par rapport à l'axe de fixation. Ceci vous menera directement à la papille optique.

Figure 7.3. Fond d'oeil normal. Noter que la papille optique est rose pâle et pâlit sur son bord temporal.

sont plumetés; elles correspondent à des fibres nerveuses myélinisées; c'est une variante de la normale qui n'a pas de signification clinique.

Œdème papillaire. C'est un gonflement de la tête du nerf optique accompagnant une augmentation de la pression intracrânienne. À la phase précoce, le disque est d'un rose plus foncé avec des bords flous. La dépression physiologique se remplit et les veines sont dilatées. Au fur et à mesure du développement de l'œdème papillaire, le disque optique gonfle de plus en plus et bombe vers l'avant. Vous pouvez mesurer le degré de comblement en faisant une mise au point d'abord sur le centre du disque puis sur la rétine de périphérie. Trois dioptries valent 1 mm de bombement. Si l'œdème papillaire se développe rapidement, les veines s'engorgent, des hémorragies apparaissent ainsi que des exsudats en roue de charrette. Les vaisseaux rétiniens surmontent les bords de la papille. Les causes de l'œdème papillaire sont présentées dans le Point de révision 16.4.

POINT PRATIQUE

Un œdème papillaire débutant est difficile à diagnostiquer. Si vous avez un doute, interrogez un collègue plus expérimenté.

Névrite optique. C'est la conséquence d'une maladie inflammatoire, démyélinisante ou vasculaire du nerf optique. Elle provoque une baisse d'acuité visuelle et une douleur à la mobilisation des yeux. La pupille est souvent dilatée et réagit lentement à la lumière. Lorsque la névrite optique touche la tête du nerf optique (papille) et peut donc être observée par l'ophtalmoscope, elle a le même aspect qu'un œdème papillaire, avec rougeur et œdème de la papille. Toutefois elle diffère de l'œdème papillaire par:

- un déficit sévère de l'acuité visuelle;
- un œdème de la papille moins développé;
- des veines moins dilatées.

Atrophie optique (Fig. 16.13). Elle succède fréquemment à la névrite optique, mais ses etiologies sont très variées et listées dans le chapitre 16. En raison de l'atrophie des fibres nerveuses, la papille devient anormalement ovale et ses bords avec la rétine sont très marqués.

Vision et évaluation du champ visuel

Les non-spécialistes délaissent parfois ces évaluations de base mais elles ont une importance capitale. Elles sont abordées dans le chapitre 16. Parfois les patients ne sont pas conscients de déficits visuels monoculaires étendus. Commencez en faisant compter le patient sur ses doigts, puis poursuivez par le test de Snellen avec et sans lunettes.

Évaluation du champ visuel. Elle s'effectue face au patient, en comparant le champ visuel du patient avec le vôtre. Asseyez-vous en face de votre patient, à 1 m de lui. Pour bien réaliser le test, il doit être effectué par étapes:

- demandez à votre patient de garder les yeux ouverts et de fixer la racine de votre nez ;
- puis, bougez vos doigts dans chacun des quadrants de périphérie du champ visuel, demandant au patient s'il peut détecter le mouvement (Fig. 7.4). De cette manière, on peut détecter un déficit homonyme du champ visuel (Fig. 7.5);
- Bougez vos doigts dans les champs visuels droit et gauche simultanément. Vous pouvez ainsi détecter un « déficit d'inattention visuel » même si le champ visuel est intact à la première étape;
- Évaluez chaque œil séparément. Demandez d'abord à votre patient d'occulter l'œil droit avec sa main droite pendant que vous couvrez votre œil gauche avec votre main gauche. Le champ visuel de l'œil gauche de votre patient peut être comparé avec celui de votre œil droit en bougeant votre main droite de la périphérie vers le centre et en lui demandant de signaler lorsqu'elle pénètre dans son champ de vision. Cette procédure est alors répétée pour l'autre œil.

POINT PRATIQUE

Vous pouvez être amené à rechercher, chez un patient à demi-conscient, une hémianopsie homonyme. Pour ce faire, bouger votre main rapidement vers un côté de sa face. Normalement le patient cligne des yeux ; s'il existe une hémianopsie de ce côté-là, le stimulus ne sera pas perçu et il n'y aura aucune réponse.

Figure 7.4. Évaluation du champ visuel, face au patient. Pour comparer les champs visuels de votre patient avec le vôtre, assurez-vous que vos doigts sont équidistants entre vous-même et votre patient.

Tester le champ visuel face à face est une méthode grossière d'évaluation, qui ne peut soutenir la comparaison avec une périmétrie très précise utilisant un appareil comme le périmètre de Humphrey ou Lancaster. Quoi qu'il en soit, l'aspect des déficits campimétriques apporte des informations utiles pour localiser les lésions sur les voies visuelles et la rétine. Ceci est résumé dans la figure 7.5.

Perceptions visuelles subjectives

Il est important d'évaluer les perceptions visuelles. Parmi les plus fréquentes il y a :

- des lignes en zigzag: ce sont des flashs lumineux ou zones miroitantes qui surviennent lors des premières minutes d'une crise de migraine classique;
- des corps flottants : ce sont des petites taches visibles lorsque l'on regarde le ciel ou un fond blanc; elles sont normales et n'ont pas de signification clinique;
- des hallucinations visuelles, comme dans l'aura d'une crise d'épilepsie ou dans un delirium tremens;
- des photopsies: ce sont des petits flashs blancs qui peuvent apparaître dans les névrites rétro-bulbaires et qui peuvent être favorisées par le mouvement.

Nerfs oculomoteur (III), trochléaire (IV) et abducteur de l'œil (VI)

Ces nerfs contrôlent individuellement ou collectivement les mouvements oculaires, la réponse pupillaire et l'élévation des paupières. Toutefois; lorsque vous testez les mouvements oculaires, vous pouvez également détecter un nystagmus ou un déficit du mouvement conjugué des yeux, ce qui peut vous orienter vers une atteinte cérébelleuse, du tronc cérébral ou des voies supranucléaires dans les hémisphères cérébraux. Pareillement, lorsque vous testez les réponses pupillaires et l'élévation de la paupière supérieure, vous pourrez découvrir un déficit du système nerveux sympathique ou parasympathique. Heureusement, dans la majorité des cas cliniques, il n'est pas nécessaire d'avoir une connaissance détaillée des voies neuroanatomiques complexes pour être capable de poser un diagnostic.

POINT PRATIQUE

Lorsque vous testez la réponse pupillaire à la lumière, éclairez la pupille obliquement avec votre lampe électrique. Si vous éclairez directement la pupille, vous provoquez chez le patient une accommodation et une mise au point sur la source lumineuse.

Figure 73. Diagramme des voies visuelles avec les déficits campimétriques produits par des lésions dans des zones particulières. Une lésion en (1) provoque une cécité complète de l'œil droit avec une perte du réflexe photomoteur direct de cet œil. Une lésion en (2), comme par une tumeur hypophysaire, provoque une hémianopsie bitemporale. En pratique, il est rare de constater un déficit symétrique du champ visuel. Une lésion en (3), le tractus optique, produira une hémianopsie latérale homonyme avec une atteinte de la macule. Les lésions des radiations optiques provoquent une quadranopsie gauche. L'atteinte des fibres inférieures de la radiation optique dans le lobe temporal provoquera une quadranopsie supérieure (4). Plus rarement, l'atteinte des fibres supérieures de la radiation optique à la portion antérieure du lobe pariétal provoque une quadranopsie inférieure (non illustrée sur le diagramme). Une lésion en (5) provoquera une hémianopsie latérale homonyme gauche.

Commencez en examinant les pupilles. Les pupilles (P) doivent être égales (E) et réagir (R) à la lumière (L) et à l'accommodation (A). Vous pouvez utiliser l'abréviation PERLA dans vos notes, mais rappelez-vous que les médecins dans d'autres spécialités peuvent ne pas comprendre ce qu'elle veut dire. L'examen de la pupille est traité dans le chapitre 16.

Après avoir examiné les pupilles, vérifiez les *mouvements oculaires* en demandant à votre patient de suivre votre index, à 1 m de distance, dans toutes les directions jusqu'aux limites de la vision binoculaire. Recherchez un déficit avec chaque œil fermé alternativement. Pendant qu'on vous fait ceci, notez les signes additionnels suivants :

- chute de la paupière supérieure (ptosis);
- strabisme, convergent ou divergent;
- vision double (diplopie) survenant lors du regard à l'infini ou lors du mouvement;
- nystagmus;
- déficit de la déviation conjuguée.

POINT PRATIQUE

Des atteintes musculaires oculaires comme la myasthénie ou l'hyperthyroïdie peuvent provoquer une diplopie.

Les actions de chaque muscle oculaire sont compliquées et dépendent de la position en abduction ou en adduction de l'œil. La figure 7.6 vous montre un schéma simplifié de l'action des muscles oculomoteurs. À partir de l'examen des mouvements oculaires réalisé de la façon décrite, il est alors possible d'identifier et de localiser les principales anomalies (Point de révision 7.6).

Nerf trijumeau (V)

Le nerf trijumeau contrôle la sensibilité de la face et la motricité des muscles de la mastication.

La figure 7.9 montre la distribution des trois divisions sensitives. Les caractères importants sont:

- l'herpès de la branche ophtalmique du V° nerf est fréquent (Fig. 7.10) ;
- la névralgie trigéminale (douleur aiguë lancinante) peut toucher une ou plusieurs divisions du nerf, mais est habituellement unilatérale;
- la branche ophtalmique contrôle la sensibilité de la cornée. Le réflexe cornéen teste la sensibilité cornéenne et se provoque en touchant la cornée avec un coton torsadé sur un œil en abduction. La perte de ce réflexe est anormale mais dépend également de l'intégrité du nerf facial par sa composante motrice. Le réflexe cor-

POINT DE RÉVISION **7.6**

Anomalies révélées à l'examen des mouvements oculaires

Anomalie du mouvement oculaire	*Site de la lésion*	*Caractéristiques*	*Maladie*
Parésie de l'élévation et de l'adduction, c'est-à-dire un œil qui regarde vers le bas et latéralement dans le regard à l'infini	Lésion du III° nerf	Habituellement associée à un ptosis et à une pupille non réactive (Fig. 7.7)	Trauma, diabète, tumeurs, SEP, anévrisme du cercle artériel de Willis ou à proximité. Notez que les fibres parasympathiques qui contrôlent la pupille ne sont pas toujours touchées par les lésions vasculaires comme le diabète.
Vision double et torsion du globe dans le regard vers le bas	Lésion du IV° nerf	Rarement isolée	Comme pour le III° nerf.
Parésie de l'abduction	Lésion du VI° nerf	Peut survenir dans l'hypertension intracrânienne comme un faux signe de localisation.	Trauma, diabète, SEP anévrisme.
Déficit complet ou partiel du regard conjugué vertical ou horizontal	Au-dessus du niveau des noyaux oculomoteurs du tronc cérébral		Lésion vasculaire ou tissulaire, SEP.
Parésie de l'adduction d'un œil avec nystagmus de l'œil en abduction dans le regard latéral	Tractus longitudinal médial entre les noyaux des III° et VI° nerfs (Fig. 7.8)		Habituellement dans la SEP.
Nystagmus vertical dans le regard vers le haut	Haut dans le tronc cérébral		Lésion vasculaire ou tissulaire, SEP.
Nystagmus vertical dans le regard vers le bas	Bas dans le tronc cérébral		Lésion vasculaire ou tissulaire, SEP.

Figure 7.6. Schéma simplifié de l'action des nerfs III, IV et VI et des muscles pris individuellement dans les mouvements oculaires.

Figure 7.7. Lésion du nerf III droit montrant un œil dévié vers le bas et latéralement, un ptosis et une pupille dilatée (non réactive).

Figure 7.8. Mouvements oculaires dans une lésion du tractus longitudinal medial. En regardant vers la gauche, l'œil droit ne part pas en adduction, alors que l'œil gauche en abduction présente un nystagmus.

Figure 7.9. Distribution sensitive du nerf trijumeau.

néen est l'exploration la plus délicate de la fonction du nerf ophtalmique. La vérification de la sensibilité de la cornée est essentielle dans la prise en charge de l'herpès ophtalmique;

- la branche de division maxillaire contrôle la sensibilité des dents supérieures et du palais dur du même côté;

la division mandibulaire contrôle la douleur et la sensation du toucher de la langue et des dents inférieures du même côté.

La composante motrice du nerf trijumeau contrôle les muscles temporaux, masséters et ptérygoïdiens latéraux. Pour explorer les deux premiers muscles, posez simplement vos doigts successivement sur les muscles en demandant au patient de mordre.

Nerf facial (VII)

Le nerf facial contrôle les muscles de la face et du scalp à l'exception du muscle élévateur de la paupière supérieure. Au cours de son trajet à travers l'os temporal, il est rejoint par le nerf chorde du tympan, qui véhicule la sensation gustative issue des deux tiers antérieurs de la langue. Les muscles de la partie supérieure de la face sont innervés de manière bilatérale. C'est pour cela qu'en cas de paralysie supranucléaire, seule la partie inférieure de la face est touchée. Une exception à cette règle intervient lorsque le patient a été victime d'un récent et brutal accident vasculaire cérébral, les étages supérieur et inférieur de la face sont affectés.

Si la lésion du nerf facial se situe dans le canal facial, les fibres de la corde du tympan peuvent être touchées et il se produira une perte des sensations gustatives des deux tiers antérieurs de la langue.

Figure 7.10. Herpès ophtalmique.

POINT PRATIQUE

En observant un patient avec une paralysie faciale modérée, on constate un affaissement du pli nasolabial et une chute de l'angle de la bouche du côté touché.

Lorsque vous évaluez les fonctions du nerf facial, vous devez systématiquement évaluer du haut vers le bas. Demandez à votre patient:

- « Regardez vers le haut sans lever la tête »: ceci entraîne normalement un froncement du front et révélera un éventuel déficit du muscle frontal. Dans une atteinte centrale, le sourcil se plissera des deux côtés.
- « Plissez vos yeux » : vérifiez que les cils s'enfoncent et disparaissent de manière symétrique. Dans une paralysie faciale périphérique (Point de révision 7.7), le globe oculaire s'élève, souvent à tel point que la pupille disparaît sous la paupière supérieure (Fig. 7.11);
- « Montrez-moi vos dents » : dans la paralysie faciale unilatérale, la bouche est déviée vers le côté sain.

POINT DE RÉVISION **7.7**

Causes des paralysies faciales périphériques

Paralysie faciale *a frigore** (paralysie de Bell), situation bénigne caractérisée par une douleur auriculaire suivie d'une paralysie unilatérale de la face

Maladies de l'oreille moyenne*

Syndrome de Ramsay-Hunt (herpès ou zona du ganglion géniculé)

Sarcoïdose (fièvre uvéo-parotidienne)

Carcinome de la parotide

Lèpre (dans les régions tropicales)

* Causes fréquentes.

Nerfs acoustique et vestibulaire (VIII)

Nerf acoustique

Le bilan des fonctions du nerf acoustique est traité dans le chapitre 17.

Nerf vestibulaire

Le vertige est une sensation de rotation de l'individu ou de son environnement. Le vrai vertige est le plus souvent dû à une perturbation soit du système labyrinthique (vertige périphérique), soit des connections centrales du nerf vestibulaire (vertige central). Il n'existe pas de test pour évaluer au chevet du patient sa fonction vestibulaire, et le diagnostic de vertige repose essentiellement sur l'histoire clinique. Quoi qu'il en soit, dans certains cas, l'analyse du nystagmus (qui est présent chez une minorité de patients avec des vertiges) peut être utile (Point de révision 7.8).

POINT DE RÉVISION **7.8**

Causes du nystagmus

Congénitale

Physiologiques

Par exemple le nystagmus du train ou dans le regard extrême (prenant la direction du regard au-delà de 60° de chaque côté de la ligne médiane)

Pathologiques

Oculaire

Vestibulaire

Originaire du système nerveux central

Figure 7.11. Paralysie faciale périphérique gauche (Bell), (a) Au repos, le pli naso-labial est moins marqué et l'angle de la bouche tombe, (b) Lors du sourire, (c) En essayant de fermer les yeux, le globe gauche s'élève.

Le nystagmus vestibulaire typique comprend deux composantes, une phase rapide et une phase lente, la direction de la phase rapide étant utilisée pour définir la direction du nystagmus: par exemple, une phase rapide vers la droite équivaut à un nystagmus vers la droite. Une lésion labyrinthique irritative provoquera un nystagmus de l'oreille ipsilatérale alors qu'un nystagmus paralytique le provoquera dans l'oreille opposée.

Le test de Romberg est parfois utilisé pour évaluer des patients vertigineux mais il n'est pas spécifique. On demande au patient de se tenir debout, les yeux fermés et les chevilles jointes. Le test est considéré comme positif si le patient ne peut pas maintenir cet équilibre. Ceci oriente habituellement vers des troubles du sens de position articulaire, mais une atteinte vestibulaire peut également rendre le signe de Romberg positif alors que le sens de position est normal. N'accordez pas trop d'importance à ce signe.

Nerfs glosso-pharyngien (IX) et vague (X)

Les IXe et X^{e} nerfs crâniens sont des nerfs mixtes contrôlant la langue, le pharynx, le larynx et le voile du palais, ainsi que les fibres sensitives et motrices destinées au cœur, aux poumons et aux viscères abdominaux. Il n'est pas nécessaire d'évaluer ces nerfs en routine sauf s'il existe une dysarthrie, une dysphonie, une dysphagie ou des signes d'atteinte du tronc cérébral.

POINT PRATIQUE

Des lésions isolées du nerf glosso-pharyngien sont extrêmement rares mais la névralgie du glosso-pharyngien (ressemblant à la névralgie faciale) peut provoquer des douleurs lancinantes dans l'arrière gorge.

Appuyer sur la langue en effleurant de chaque côté la face postérieure du pharynx permet d'évaluer la sensibilité du pharynx (nerf IX). La réaction nauséeuse, réflexe à ce stimulus, provoque une élévation médiane du voile du palais. Le réflexe nauséeux comporte un bras afférent, le nerf glosso-pharyngien, et sa voie efférente le nerf vague, qui innerve le voile du palais. La déviation de l'uvule d'un côté oriente vers une lésion du nerf X controlatéral.

Les lésions isolées du nerf vague sont rares. Quand une lésion unilatérale survient à la base du crâne en raison d'une tumeur ou d'un traumatisme, les nerfs adjacents IX et XI sont habituellement impliqués. Toutefois, une atteinte du nerf laryngé récurrent par un carcinome bronchique est fréquente. Le signe le plus précoce d'une paralysie laryngée récurrente est une paralysie en abduction de la corde vocale, provoquant un enrouement. Plus tard, les adducteurs sont touchés et la corde vocale reste en position intermédiaire.

Nerf accessoire (XI)

Il s'agit d'un nerf purement moteur contrôlant les muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien peut être évalué en demandant au patient de tourner la tête d'un côté, tout en s'opposant à ce mouvement par une pression sur le menton. La contraction du muscle opposé est alors palpable. Pour comparer les deux muscles, demandez à votre patient de pousser la tête vers l'avant contre une pression appliquée sur son front.

Pour faire contracter le muscle trapèze, demandez à votre patient de lever son épaule.

Nerf hypoglosse (XII)

Il s'agit d'un air purement moteur pour les muscles de la langue.

Les atteintes centrales bilatérales de la langue, habituellement dues à des lésions vasculaires bilatérales, forment un tableau clinique nommé paralysie pseudo-bulbaire, avec une langue spastique peu mobile responsable d'une dysarthrie, d'une dysphagie et de spasmes de la mandibule.

Les atteintes bilatérales périphériques de la langue provoquent une atrophie et des fasciculations (contractions irrégulières, continues et rapides de groupes de fibres musculaires). Explorez les fasciculations avec une langue au repos à l'intérieur de la bouche; ce signe clinique est extrêmement important et oriente habituellement vers une maladie du motoneurone (Point de révision 7.9).

Si le nerf hypoglosse est lésé, la langue sera déviée vers le côté paralysé.

POINT DE RÉVISION 7.9

Mouvements involontaires de la langue

Type de mouvements	Couse *habituelle*
Protraction et rétraction rapide (tremblement du trombone)	Maladie de Parkinson
Mouvements choréiques	Chorée de Huntington
Mouvements irréguliers et circulaires de la langue	Médicaments comme les phénothiazines
Fasciculations	Maladie du moto-neurone

Système moteur

Pour évaluer le système moteur, gardez en mémoire ses différents aspects:

- la démarche;
- le volume musculaire et/ou l'atrophie;
- le tonus;
- la force musculaire;
- la coordination;
- les réflexes ;
- les mouvements involontaires.

Démarche

Si votre patient est mobile, vous l'aurez déjà noté dans la partie « premières impressions ». Presque inconsciemment, vous aurez relevé les problèmes locaux comme un dos raide dû à une douleur sévère ou une boiterie provoquée par une ostéoarthrite. Même si vous n'êtes pas forcément capable de faire un diagnostic éclair exact, cette situation orientera votre examen. *{cf.* Point de révision 7.2 sur la démarche, au début de ce chapitre).

Volume musculaire et/ou atrophie

Devant votre patient convenablement déshabillé, prêtez attention au volume musculaire et à la répartition d'une atrophie généralisée ou localisée (Point de révision 7.10). L'atrophie des muscles n'est pas toujours liée à une atteinte neurologique: un genou blessé peut provoquer rapidement une atrophie du quadriceps. Recherchez une pseudo-hypertrophie si vous suspectez une myopathie. Si vous avez du mal à apprécier l'importance de l'atrophie, comparez un côté avec l'autre; pour les membres, vous pouvez mesurer la circonférence en prenant comme référence un relief osseux fixe.

Tonus

Vous n'apprécierez un tonus correct qu'avec de l'expérience. Le tonus musculaire peut être augmenté (hypertonie) ou diminué (hypotonie). Mobilisez passivement le membre en réalisant une flexion/extension et pronation/supination du coude, et une flexion/extension du genou.
L'hypertonie peut être spastique (pyramidale) ou rigide (extrapyramidale). Dans la spasticité d'une lésion pyramidale, la résistance au mouvement passif est initialement très importante, puis elle chute, comme l'ouverture d'un couteau pliant. L'hypertonie rigide des atteintes extrapyramidales est constante tout au long du mouvement bien que le tremblement dans la maladie de Parkinson produise une rigidité en « roue dentée ». Un membre hypotonique est flasque lors du mouvement passif. Si vous avez des difficultés à estimer le tonus d'un membre inférieur, faites rouler la cuisse du patient en décubitus dorsal. Observez son pied; sur un membre hypotonique, le pied se

POINT DE RÉVISION 7.10

Volume musculaire et/ou atrophie

Causes d'une atrophie musculaire généralisée	*Causes d'une atrophie musculaire localisée*
Néoplasique	Atrophie par non-utilisation
Malnutrition	Neuropathie périphérique
Autre maladie carentielle	Myopathie
Immobilité prolongée	Poliomyélite
Malabsorption	Lésions médullaires
Sida	Maladie du motoneurone
	Lésion nerveuse locale

balancera d'un côté à l'autre pendant que vous roulez le membre alors qu'un membre et un pied hypertoniques roulent ensemble comme un tout.

Évaluation de la force musculaire

Vous pouvez tirer beaucoup d'informations en observant votre patient marcher dans la chambre, monter sur la table d'examen, s'asseoir et autres mouvements qui va réaliser sans y penser. Si vous devez évaluer la force musculaire de manière systématique, demandez à votre patient d'exécuter des tâches simples, en lui montrant ce qu'il doit accomplir au fur et à mesure:

- agripper vos doigts fermement;
- écarter ses doigts contre une résistance;
- tenir fermement un morceau de carton entre ses doigts et le pouce ;
- fléchir et étendre, successivement, le poignet et le coude contre une résistance;
- fléchir et étendre, réaliser une abduction et adduction de l'épaule contre une résistance;
- s'asseoir à partir d'une position couchée sur le lit d'examen, sans utiliser ses bras;
- soulever la jambe du lit avec le genou en extension (vérifier la flexion de la hanche) ;
- repousser la jambe élevée vers le bas contre le lit d'examen (pour vérifier l'extension de la hanche);
- Coincer votre poing entre ses genoux (pour vérifier l'adduction de la hanche) ;
- Écarter les deux genoux l'un de l'autre (abduction de la hanche) ;
- Flexion et extension du genou en position assise;
- Flexion plantaire et dorsale du pied contre résistance.

Tout déficit doit être chiffré et retranscrit de manière à ce que les évaluations successives puissent mesurer la récupération ou l'aggravation (Point de révision 7.11).

Coordination

Tout déficit moteur peut être associé à un certain degré de maladresse, mais l'incoordination est particulièrement évidente dans les ataxies sensitive et cérébelleuse. Voici les épreuves de coordination à réaliser:

POINT DE RÉVISION **7.11**

Classification de la force musculaire

Stade 0 : paralysie complète

Stade 1 : contraction minime

Stade 2 : mouvement possible du membre après compensation de la pesanteur

Stade 3 : mouvement faible contre la pesanteur uniquement

Stade 4 : mouvement faible contre la pesanteur et contre résistance

Stade 5 : force normale

POINT PRATIQUE

Vérifiez les points suivants pour évaluer la fonction motrice

Démarche
Atrophie
Tonus
Force musculaire
Coordination
Réflexes
Mouvements involontaires

- Épreuve du doigt-nez. Pour le réaliser, demandez à votre patient de toucher le bout de leur nez avec l'extrémité de leur index en partant d'une position en extension du membre, et ceci de manière alternée. Cette épreuve est répétée les yeux fermés. Le patient avec une ataxie sensitive réalisera cette épreuve lentement pour assurer une compensation oculaire; elle deviendra très difficile à réaliser les yeux fermés. Un patient avec une ataxie cérébelleuse montrera un tremblement intentionnel s'aggravant alors que le doigt s'approche de sa cible, que les yeux soient ouverts ou fermés ;
- Épreuve talon-genou. Demandez à votre patient de poser son talon sur le tibia opposé et de faire glisser le talon lentement de haut en bas sur la crête tibiale. Dans l'ataxie cérébelleuse, le talon glissera d'un côté ou de l'autre de la crête tibiale;
- Adiadococinésie. Ce grand mot désigne l'impossibilité de réaliser des mouvements rapides alternés lors d'une atteinte cérébelleuse. Demandez à votre patient de taper le dos de sa main d'abord avec la paume, puis avec le dos de son autre main aussi rapidement que possible. Gar-

dez en mémoire que certaines personnes sont relativement maladroites avec leur main non dominante.

Réflexes

La pratique développera votre capacité à examiner les réflexes. Voici quelques caractères des principaux réflexes, examinés de haut et bas.

Réflexe bicipital C5 **et C**6. Placez votre pouce sur le tendon du biceps et frappez votre pouce avec le marteau à réflexe. C'est un réflexe très utile à évaluer, surtout lorsque vous suspectez une hypothyroïdie chez votre patient et que vous voulez montrer une réponse retardée.

Réflexe **tricipital** C6 **et** C7. Fléchissez le coude et faites reposer l'avant bras sur la poitrine. Assurez-vous que vous frapperez le tendon tricipital juste au-dessus de l'olécrane et non pas sur le ventre musculaire.

POINT PRATIQUE

Quelques astuces pour bien recueillir les réflexes ostéo-tendineux

Utilisez un marteau dont la tête ou l'anneau est constitué de caoutchouc ferme.
Assurez-vous que votre patient soit bien relâché.
Faites un mouvement ample et mesuré: évitez les coups violents ou les percussions d'un pic-vert.
Si vous avez des difficultés, utilisez toujours la même technique mais mettez votre patient dans des positions différentes.

Réflexe stylo-radial C5 et 6. Après avoir posé l'avant-bras dans une position en demi-pronation en travers du thorax, percutez le bord radial de l'avant-bras au-dessus du processus styloïde. Vous étirez le muscle brachioradial et provoquez une supination. Dans des atteintes de niveau C5/6, le réflexe peut être aboli et remplacé par une flexion des doigts; c'est l'inversion du réflexe.

Réflexe rotulien L (2), 3 et 4. Soulevez le genou fléchi à 90° avec votre main gauche et percutez le tendon patellaire. Assurez-vous que les genoux ne sont pas en contact. Notez la contraction du quadriceps. Certains cliniciens explorent ce réflexe en ayant assis leur patient sur une chaise.

Réflexe achilléen L5 et SI (et 2). Fléchissez modérément le genou et maintenez le pied en dorsiflexion partielle. Percutez le tendon et observez la contraction du mollet. Si vous avez des difficultés à obtenir la contraction du mollet, demandez à votre patient de s'agenouiller sur une chaise basse en vous tournant le dos (Fig. 7.12).

Figure 7.12. Comment explorer le réflexe achilléen chez un patient agenouillé (utile pour explorer cliniquement l'hypothyroïdie).

Manœuvres de sensibilisation. Si vous avez des difficultés à obtenir un réflexe, essayez de faciliter les choses en demandant à votre patient de contracter avec vigueur des muscles qui sont éloignés de ceux que vous testez. Pour les réflexes des membres inférieurs, par exemple, demandez à votre patient de placer les deux mains en crochet et de tirer l'une sur l'autre pendant que vous rechercherez le réflexe.

Clonus. Lorsque les réflexes sont franchement exagérés, comme dans une atteinte centrale, il peut exister un clonus. Il est très facile à provoquer au niveau de la cheville: fléchissez légèrement le genou, provoquez une dorsiflexion brutale du pied et maintenez l'étirement des muscles du mollet. Vous verrez alors apparaître une série de contractions rythmiques et de relâchements qui peuvent exister à l'état normal, mais dont la persistance est toujours pathologique (Point de révision 7.12).

POINT DE RÉVISION **7.12**

Cotations des réflexes

Dans vos notes, les réflexes peuvent être côtés de la manière suivante :

Grade 0 : absent, même aux manœuvres sensibilisatrices

Crade 1 : présent

Grade 2 : vif mais normal (comme un état nerveux)

Grade 3 : très vif

Grade 4 : avec clonus

Réflexe cutané **plantaire.** C'est sans aucun doute le réflexe le plus important de l'examen clinique du système nerveux. Apprenez à le tester convenablement. Sur un patient relâché, appliquez une pression le long du bord externe de la plante du pied avec une pointe en partant de la base et en traversant médialement le pied sous l'arche métatarsienne (Fig. 7.13). La réponse normale est une flexion du gros orteil et des autres orteils (une réponse en *flexion* plantaire). Dans les lésions du faisceau cortico-spinal, une réponse plantaire en *extension* remplace la réponse en flexion. Le premier mouvement est une extension du gros orteil suivie d'un écartement des autres doigts du pied. Babinski décrivit ce réflexe mais il est plus exact de décrire les réponses en flexion et en extension plutôt qu'un signe de Babinski positif ou négatif, ce qui peut prêter à confusion.

Figure 7.13. Réflexe cutané plantaire. Noter la direction du stimulus sur la plante. Le schéma montre une réponse en extension.

Réflexes cutanés abdominaux. Ils sont testés en stimulant chaque quadrant de la paroi abdominale relâchée, l'un après l'autre. Chaque stimulation provoque une contraction des muscles sous-jacents, attirant l'ombilic dans la direction du stimulus. Les réflexes abdominaux peuvent être absents dans les lésions centrales en dessous du niveau de la boucle réflexe (Point de révision 7.13).

Mouvements involontaires

Vous pouvez les avoir remarqués pendant que vous notez l'histoire clinique de votre patient et pendant son examen.

POINT DE RÉVISION **7.13**

Lésions nerveuses centrales et périphériques

Caractéristiques des lésions centrales	*Caractéristiques des lésions périphériques*
Diminution de la force musculaire	Diminution de la force musculaire
Réflexes ostéo-tendineux exagérés	Réflexes tendineux diminués ou absents
Réflexes cutanés abdominaux diminués ou absents	Fasciculations (marquées leur ce qu'il d'un nerf crânien ou des cellules de la corne antérieure)
Réflexe cutané plantaire en extension	Atrophie
Spasticité	Flaccidité

POINT DE RÉVISION 7.14

Causes des tremblements

Anxiété

Tremblement essentiel (familial) : présent au repos, apparaît lors de l'activité volontaire, touche la face et le cou ainsi que les membres supérieurs

Thyréotoxicose : évidente avec des mains en extension

Maladie de Parkinson : présent au repos, partiellement aboli à l'activité

Surdosage en bêta-agonistes

Hypercapnie

Coma hépatique (« flapping tremor »)

Intoxication alcoolique chronique

Voici les différentes formes de mouvements involontaires :

- Tremblements : mouvements répétés et rythmés au niveau d'une articulation (Point de révision 7.14);
- Chorée: mouvements répétitifs aléatoires et brusques. Les patients semblent agités. Observés dans la chorée de Sydenham, la chorée de Huntington et le surdosage en L-dopa ;
- Dystonie athétosique: mouvements de torsion lents, non répétitifs et associés à des troubles de la posture;
- Tics: mouvements brusques et répétitifs (mais souvent complexes) temporairement contrôlables par la volonté. Habituellement chez le jeune;
- Myoclonies: mouvements répétés brusques (irréguliers ou rythmiques) sans contrôle volontaire;
- Fasciculations: contractions musculaires irrégulières et diffuses. Notez que ces contractions irrégulières et grossières peuvent toucher les épaules à l'état normal;
- Myokimies: contractions musculaires répétées d'une partie du muscle. Fréquentes, souvent limitées à de fines secousses de la paupière supérieure;
- Astérixis : déficit bref de la tenue d'une posture. Observé en cas d'insuffisances hépatique et rénale.

Système sensitif

Ce sont les circonstances qui dictent la manière plus ou moins complète dont il faut explorer le système sensitif; dans beaucoup d'examens médicaux de routine, cela peut être superflu. Pour localiser une lésion médullaire, l'examen doit être méticuleux et prendre du temps. Lorsque vous testez la sensibilité, pensez en termes de lésions anatomiques possibles. Si vous trouvez un niveau sensitif précis, comme dans une lésion de la moelle épinière, commencez par les pieds et remontez. Quand la lésion est périphérique, toutes les modalités, c'est-à-dire le toucher, la douleur et la température, seront touchées. Les déficits sensitifs seront dissociés si la lésion atteint le système nerveux central, parce que les voies de la sensibilité sont anatomiquement distinctes. Ceci se vérifie dans les hémisections de la moelle du syndrome de Brown-Séquard (Fig. 7.25).

Testez les différentes modalités sensitives de la manière suivante:

Sensibilité cutanée fine. En utilisant une mèche de coton, demandez à votre patient de fermer les yeux et de vous dire s'il perçoit un contact après une stimulation unique. N'oubliez pas que les parties distales des membres sont toujours plus sensibles que les proximales.

Proprioception. Explorez une articulation comme la métatarso-phalangienne de l'hallux. Tenez le gros orteil par les côtés à proximité de son extrémité pendant que vous le mobilisez de haut en bas. À l'état normal, un patient peut être capable de détecter un mouvement de 5 mm. Le signe de Romberg peut être utilisé pour évaluer la qualité des informations proprioceptives provenant des membres. Demandez à votre patient de se tenir debout sur ses pieds. S'il y a un déficit proprioceptif, il sera instable à la fermeture des yeux.

Perte de la sensibilité vibratoire. Utilisez un diapason vibrant à 128 Hz. Débutez par la proéminence osseuse des malléoles, et si la sensation est absente, poursuivez sur la crête tibiale, puis les crêtes iliaques si nécessaire. Le sens vibratoire peut être diminué ou aboli chez des personnes âgées en bonne santé.

Douleur. Stimulez la peau avec la pointe d'une aiguille jetable, en prenant soin de ne pas la percer. Une sensation de « piqué » est normalement ressentie.

Température. Utilisez des tubes d'eau froide et chaude.

Reconnaissance des formes. Ceci dépend en grande partie des fonctions corticales. Demandez à votre patient, les yeux fermés, d'identifier un objet simple comme une pièce de monnaie ou un stylo à bille.

Comment réaliser l'examen du membre supérieur?

Vous devez garder en mémoire les racines et les troncs nerveux périphériques qui innervent certains muscles pour comprendre les situations cliniques courantes que vous rencontrerez dans la pratique quotidienne. Ils sont présentés dans le Point de révision 7.15.

Après un accident vasculaire cérébral. Le membre supérieur peut être spastique avec une adduction de l'épaule, une flexion du coude et une flexion du poignet. Les mouvements de l'épaule peuvent être limités par une épaule gelée, ce qui peut se produire après n'importe quelle période d'immobilité prolongée du membre supérieur.

Dans la sclérose en plaques évoluée. L'examen du membre supérieur montre habituellement une association de lésions centrales et cérébelleuses. Le membre est spastique avec des réflexes exagérés et un tremblement d'intention marqué.

Dans la maladie de Parkinson. La combinaison de tremblements et d'une spasticité rigide provoque une résistance en roue dentée quand le bras est mobilisé passivement. Ce caractère, en association avec le tremblement de repos qui disparaît suite à un mouvement volontaire, permet le diagnostic. Des mouvements involontaires des doigts à type d'émiettement au repos sont un signe précoce de la maladie.

POINT DE RÉVISION **7.15**

Innervation radiculaire et tronculaire de certains muscles

Articulation	*Muscle*	*Action*	*Innervation radiculaire*	*Tronc nerveux*	*Contexte clinique*
Épaule	*Deltoïde*	Abduction	C5,6	Axillaire	AVC, amyotrophie névralgique
	Infra-épineux	Rotation latérale	C5,6	Suprascapulaire	
Coude	Biceps	Flexion	C5,6	Musculo-cutané	
	Triceps	Extension	C7,8	Radial	
Poignet	*Long extenseur radial du carpe*	Extension	C6,7	Radial	
	Extenseur des doigts		C7,8		
Doigts	Fléchisseur superficiel et profond des doigts		C8	Médian	
	Thénariens		T1	Médian	Lésion du nerf au poignet. Syndrome du canal carpien
	Autres muscles intrinsèques de la main		T1	Ulnaire	Lésion du nerf au poignet

Les muscles *en italique* sont ceux qui sont touchés dans une atteinte pyramidale modérée.

Lésions du nerf ulnaire (Point de révision 7.16). Elles sont caractérisées par un déficit sensitif le long du bord ulnaire de l'annulaire et sur les deux bords de l'auriculaire. Elles peuvent s'accompagner d'une sensation de main morte (Fig. 7.14). Sur le plan moteur, il y a une paralysie des muscles interosseux des troisième et quatrième lombricaux (que vous ne pouvez pas tester cliniquement), des muscles hypothénar et du muscle adducteur du pouce (Fig. 7.15). Apprenez à tester les fonctions motrices en évaluant la force musculaire du premier muscle interosseux (Fig. 7.16).

Lésions du nerf médian (Point de révision 7.16). Elles sont caractérisées par un déficit sensitif de la paume de la main, de la face palmaire du pouce, de l'index et du majeur, et du bord radial de l'annulaire. Sur le plan moteur, le nerf médian contrôle l'abducteur du pouce, l'opposant chez 80 % des patients, et les premier et deuxième lombricaux qui ne peuvent également pas être testés. Le nerf médian innerve toujours le court abducteur du pouce, et ce muscle constitue un bon moyen d'évaluer le fonctionnement du nerf médian (Fig. 7.17).

Lésions du nerf radial. Elles sont caractérisées par un déficit sensitif de la phase dorsale de la main, en particulier à la racine du pouce. Sur le plan moteur, le nerf innerve les muscles extenseurs du poignet, du pouce et des articulations métacarpo-phalangiennes. Testez la fonction motrice par une extension du poignet contre une résistance. Les lésions du nerf radial sont habituellement dues à une atteinte ou une pression dans le bras.

Arthrose cervicale. Elle provoque des douleurs et une hypoesthésie dans le territoire radiculaire du bras et/ou de la main. La douleur irradie dans la main avec très peu ou aucun signe cervical.

Syndrome du canal carpien (Fig. 7.14). Il est

Figure 7.14. Quelques situations sensitives fréquentes touchant le membre supérieur, (a) Syndrome du canal carpien. Bien que ce soit le nerf médian qui soit comprimé au niveau du poignet, les patients se plaignent de douleurs et de paresthésies dans toute la main, (b) Lésions du nerf lunaire, (c) Douleur radiculaire.

POINT DE RÉVISION **7.16**

Atrophie des petits muscles de la main

Surtout bilatéral	*Surtout unilatéral*
Grand âge et fragilité	Lésions du nerf lunaire
Polyarthrite rhumatoïde	Lésions du nerf médian
Maladie du motoneurone	Lésion du plexus brachial inférieur, traumatique (Fig. 7.18) ou secondaire à un carcinome de l'apex pulmonaire
Myelopathie cervicarthrosique et arthrose lombaire	Syndrome du défilé thoracique, par exemple, côte cervicale
Neuropathie périphérique	
Syringomyélie	

Figure 7.15. Innervation sensitive et motrice du membre supérieur.

Figure 7.16. Évaluation des déficits moteurs du premier muscle interosseux (nerf ulnaire). Demandez à votre patient de réaliser une abduction de l'index contre une résistance comme montré sur la figure, et palpez la contraction du premier interosseux (flèche) avec l'extrémité de votre doigt sur le corps du muscle.

Figure 7.18. Atrophie des petits muscles de la main, en particulier des muscles interosseux, chez un patient victime d'une lésion par balle du plexus brachial inférieur.

(a)

(b)

Figure 7.17. (a) Évaluation d'un déficit du muscle cours abducteur du pouce (nerf médian). Demandez à votre patient de poser la main sur la table, paume vers le haut avec l'ongle du pouce vertical. Le patient essaye alors de lever le pouce contre résistance. La force musculaire peut être évaluée par l'extrémité du doigt sur le muscle lui-même, (b) Atrophie du muscle court abducteur du pouce chez un patient présentant un syndrome du canal carpien.

dû à une compression du nerf médian au poignet dans le canal carpien. Il provoque des douleurs nocturnes « d'aiguille » dans le territoire de distribution du nerf médian, mais irradie souvent ailleurs. Elles réveillent le patient mais sont soulagées par le changement de position ou le mouvement.

Comment réaliser l'examen du membre inférieur?

Comme pour le membre supérieur, il est essentiel de connaître l'innervation radiculaire des muscles les plus importants du membre inférieur (Point de révision 7.17).

Après un accident vasculaire cérébral. Le membre inférieur peut être spastique et en extension avec le pied en flexion plantaire. À la marche, la jambe se balance vers l'avant et tourne pour éviter au patient de trébucher.

Dans la paraparésie spastique. Les membres inférieurs sont en extension avec une flexion plantaire des pieds. Les réflexes sont très vifs, habituellement avec clonus, et le réflexe cutané plantaire est en extension bilatérale. Notez que l'immobilité de la paraparésie spastique est souvent associée à un œdème des membres. Dans la section complète de la moelle épinière, il y aura un déficit sensitif complet.

POINT PRATIQUE

Dans la paralysie spastique sévère et chronique, l'œdème des membres peut être marqué au point de rendre impossible l'exploration des réflexes ostéotendineux rotuliens et achilléens.

Dans la sclérose en plaques avancée. Il existe habituellement une combinaison de signes cérébelleux et pyramidaux. Les membres sont spastiques avec des réflexes très vifs, un clonus bilatéral et des réflexes cutanés plantaires en extension. De plus, s'il est possible d'obtenir un mouvement volontaire du membre, il y aura une ataxie manifeste à l'épreuve talon-genou.

Au cours de la vieillesse. On constate souvent une flexion de la hanche et du genou à la station debout. Les réflexes achilléens peuvent être absents et le sens vibratoire altéré chez des personnes apparemment normales.

Arthrose lombaire. Elle touche habituellement les racines L5 et S1. Dans la première, la douleur irradie sur le dos du pied et il peut exister un déficit moteur du long extenseur de l'hallux, avec des troubles sensitif le long de la face médiale (Fig. 7.19). Avec un syndrome de la racine S1, la douleur est plus latérale avec un déficit de la flexion plantaire du pied et une diminution, voire une absence, du réflexe achilléen.

POINT DE RÉVISION **7.17**

Innervation radiculaire des muscles du membre inférieur

Hanche	*Ilio-psoas*	Flexion	L1,2,3	Nerf fémoral
	Adducteurs	Abduction	L2,3,4	Nerf obturateur
	Grand fessier	Extension	L5, S1	Nerf glutéal inférieur
Genou	*Quadriceps*	Extension	L3,4	Nerf fémoral
	Ischio-jambiers	Flexion	L5, S1	Nerf sciatique
Cheville	Tibial antérieur	Dorsiflexion	L4, 5	Nerf tibial antérieur
	Gastrocnémien/Soléaire	Flexion plantaire	S1, 2	Nerf tibial postérieur
Pied	*Court extenseur des orteils*	Dorsiflexion de l'hallux	S1	Nerf tibial antérieur

Les muscles *en italique* sont ceux qui sont le plus souvent touchés dans une lésion pyramidale modérée.

Figure 7.19. Dermatomes sensitifs du membre inférieur.

En résumé

Le dernier paragraphe de ce chapitre montre, sous forme de schémas, cinq syndromes neurologiques fréquents, et indique certains signes cliniques qui sont parfois, mais pas toujours, associés. La cinquième figure, qui montre les signes d'une hémisection de la moelle épinière (syndrome de Brown-Sequart), illustre les principes majeurs du déficit sensitif dissocié (Fig. 7.20 à 7.25).

Figure 7.20. Schéma montrant les signes d'une maladie de Parkinson à un stade avancé.

Figure 7.21. Schéma des signes cliniques observés dans une sclérose en plaques avancée. +++ Réflexes très vifs, **T** Réflexe cutané plantaire en extension.

Figure 7.22. Schema des signes de Polyneuropathie mixte comme dans le diabète sucre. ± Reflexes présents ou absents. - Reflexes abolis.

Comprendre les différents appareils

Figure 7.23. Schéma des conséquences d'un accident vasculaire cérébral droit et gauche chez une personne droitière. ++ Réflexes vifs. ↑ Extension du réflexe cutané plantaire.

Figure 7.24. Signes cliniques d'une section médullaire de niveau T8.

Figure 7.25. Signes cliniques d'une hémisection médullaire (syndrome de Brown-Sequart) illustrant les principes des déficits dissociés de la sensibilité.
↓ Réponse en flexion lors du réflexe cutané plantaire.
↑ Réponse en extension du réflexe cutané plantaire.

08

Troubles psychiatriques : comment les repérer

Pour reconnaître les troubles psychiatriques et arriver à un diagnostic différentiel, vous devrez conduire une approche systématique pour écouter l'histoire clinique et mener l'examen de l'état mental.

• INTERROGER LE PATIENT

La section A (chapitres 1 à 3) explique comment interroger les patients ayant des problèmes médicaux généraux et chirurgicaux, mais vous devez apprendre certains points additionnels pour mener un interrogatoire psychiatrique.

Tout d'abord, mettez votre patient à l'aise et encouragez-le à parler ouvertement de ses problèmes. Il est préférable, particulièrement au début de l'interrogatoire, d'utiliser des questions ouvertes, comme: « Comment vous sentez-vous du point de vue psychologique? » plutôt que des questions fermées (comme « Est-ce que vous sentez déprimé? ») qui ne donnent au patient aucune chance d'élaborer une réponse. Pendant les cinq premières minutes, encouragez votre patient à parler sans interruption du (es) problème(s) qui le soucie (nt).

Quand, pour la première fois, vous recueillerez les antécédents psychiatriques ou que vous mènerez un examen mental, vous pourrez vous sentir mal à l'aise en interrogeant le patient sur ses antécédents psycho-sexuels ou ses pensées suicidaires. En pratique, vous vous rendrez compte que certains patients ne sont pas surpris par ces questions. En particulier, ne craignez pas de donner à un patient l'idée de se suicider juste en l'interrogeant sur ses pensées suicidaires: il n'y a aucune preuve que ceci pourrait arriver.

Si votre patient est sourd, mais comprend le langage des signes, vous devez vous faire assister d'un professionnel. De même si votre patient ne parle pas français, vous aurez besoin d'un interprète professionnel.

Les patients présentant des troubles psychiatriques n'admettent pas immédiatement et facilement leurs problèmes. En effet, ils seront parfois silencieux; il pourra alors être utile d'obtenir des informations à partir d'autres sources comme:

- la famille;
- le médecin traitant du patient;
- d'autres professionnels travaillant près de lui, comme des travailleurs sociaux, des infirmiers psychiatriques, le personnel des centres de jour ou des psychologues;
- le contenu d'un dossier médical ou psychiatrique antérieur.

Enfin, ayez toujours à l'esprit les problèmes de sécurité, car le patient peut parfois devenir soudainement violent, par exemple après avoir entendu des voix (hallucinations auditives). Les points suivants ont une importance particulière:

- Soyez toujours assis plus près de la porte que votre patient;
- Assurez-vous qu'il y a toujours quelqu'un qui sache où vous êtes et avec qui vous vous entretenez;
- Assurez-vous de savoir où sont situés les dispositifs de sécurité, comme les alarmes et les systèmes d'appel, et comment ils fonctionnent;
- Rappelez-vous que vous ne pourrez pas toujours calmer un patient violent en parlant avec lui.

• ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Les antécédents psychiatriques permettront de recueillir les détails suivants:

Motif de la consultation. Comment et pourquoi le patient a été adressé.

Plaintes. Enregistrez-les avec les mots du patient, en incluant la durée d'évolution de chacune d'entre elles.

Histoire de la maladie actuelle. Pour chaque symptôme, donnez la chronologie de son développement, les facteurs déclenchants, et les conséquences sur les autres aspects de la vie du patient, son intégration sociale par exemple.

Histoire familiale. Détails sur les parents et la fratrie.

Histoire psychiatrique familiale. Détails de tous les antécédents familiaux de troubles psychiatriques (suicide inclus) ou neurologiques.

Histoire personnelle. Détails de l'enfance (date et lieu de naissance), des problèmes survenus avant la naissance (pendant la grossesse, en particulier s'ils ont causé un accouchement prématuré) ou pendant les premières étapes du développement; la santé dans l'enfance, y compris les antécédents de « problèmes nerveux » et les premiers chocs émotionnels, comme les deuils.

- Relevez les détails de la scolarité, les relations avec les camarades et les professeurs, les difficultés survenues à l'école comme l'absentéisme, les diplômes obtenus et le niveau d'éducation acquis;
- Le parcours professionnel, en incluant les promotions et les rétrogradations;
- Les antécédents psycho-sexuels (chez une femme, l'âge des premières règles, les troubles menstruels, l'histoire des grossesses et l'âge de la ménopause, si c'est pertinent), les tendances sexuelles, les antécédents d'abus sexuels/physiques et l'histoire sexuelle et maritale ;
- Les détails sur tous les enfants;
- La situation sociale actuelle, avec qui le patient vit; le statut marital, la profession et la situation financière, le mode d'habitation et les commodités, les hobbies et intérêts sociaux.

Antécédents médicaux

Antécédents psychiatriques. La nature et la durée de la maladie, les services hospitaliers ou de consultation où le patient a été suivi, les traitements reçus, la médication actuelle et ses effets secondaires.

Utilisation de substances psychoactives

Alcool:

- consommation alcoolique quotidienne;
- antécédents de symptômes de sevrage;
- score au questionnaire alcoolisme (Point de révision 81 : CAGE) qui peut être évalué en routine;
- antécédents de maladie physique, de blessures (accident sur la voie publique), de problèmes légaux (délits au volant) ou de difficultés professionnelles (retards réguliers au travail conduisant à des sanctions) pouvant résulter d'une consommation excessive d'alcool.

POINT DE RÉVISION **8.1**

Le questionnaire de surconsommation alcoolique « CAGE »

Deux réponses positives ou plus aux quatre questions suivantes orientent vers des conduites d'abus d'alcool :

N'avez-vous jamais pensé que vous devriez arrêter de boire?

Est-ce qu'on ne vous a jamais ennuyé en raison de votre consommation d'alcool?

Ne vous êtes-vous jamais senti coupable de votre consommation d'alcool ?

N'avez vous jamais pris un verre avant toute chose, le matin au réveil, pour calmer vos nerfs ou pour vous débarrasser d'une sensation de manque?

Autres:

- type et quantité de tabac fumé, ou de produits contenant de la nicotine, et toute histoire de tabagisme antérieur;
- utilisation actuelle ou passée de drogues illicites, quantités absorbées, voies d'administration et conséquences.

Histoire médico-légale. Antecedents de délinquance et de délits criminels, historique des sanctions et condamnations infligées.

Personnalité prémorbide. Personnalité du patient avant le début de la maladie psychiatrique:

- l'attitude envers les autres, dans ses relations sociales, familiales et sexuelles;
- l'attitude envers soi et le caractère;
- les croyances religieuses et les critères moraux;
- l'humeur habituelle;
- les activités de loisirs et les centres d'intérêts;
- la vie fantasmatique;
- la réaction habituelle face au stress.

• EXAMEN DU STATUT MENTAL

Ce paragraphe couvre la symptomatologie psychiatrique (les signes de la maladie) telle qu'elle apparaît au moment de l'interrogatoire. De plus, on peut obtenir des informations par d'autres sources, comme les observations des infirmières chez les patients hospitalisés; ces sources doivent également être utilisées, car le malade ne reconnaît pas toujours ses symptômes psychopathologiques. Par exemple, un patient dont l'équipe d'infirmières a observé qu'il présentait des hallucinations auditives peut nier, pendant un entretien structuré, ses troubles de perception. Les critères suivants peuvent être recherchés lors d'un examen de l'état mental :

Apparence et comportements

- Présentation générale ;
- Posture et mouvements;
- Niveau de contact visuel;
- Niveau d'activité;
- Comportement social ;
- Comportement relationnel.

(D'après Puri BK, Laking DJ, Treasaden IH (1996): *Textbook of psychiatry.* Edinburgh: Churchill Livingstone.)

POINT DE RÉVISION **8.2**

Troubles de l'expression orale

Discours et pensées circonstanciés
Les pensées apparaissent lentes avec incorporation de détails inutiles et non significatifs. Le but de la pensée est cependant atteint.

Écholalie
Il s'agit d'une imitation automatique, par le patient, du discours d'une autre personne. Ceci survient même si le patient ne comprend pas le sens des paroles.

Fuite des idées
Le discours devient un flux de pensées accélérées avec des changements brutaux de thèmes et sans aucune idée centrale. Les relations entre les pensées peuvent être basées sur :
- des relations aléatoires;
- des associations hasardeuses ;
- des stimuli distracteurs;
- des associations verbales, par exemple allitérations et assonances.

Néologisme
C'est un mot nouveau construit par le patient, ou un mot de tous les jours utilisé de manière particulière par le patient.

Réponses à côté
Les réponses aux questions, bien que clairement incorrectes, démontrent que les questions sont comprises. Par exemple, quand on demande « De quelle couleur est l'herbe? », le patient peut répondre « Bleue ».

Persévération
Dans les persévérations (d'expressions et de mouvements) les opérations mentales continuent au-delà de ce qui est nécessaire. Les types caractéristiques de persévération du langage sont :
- la palilalie : le patient répète un mot avec une fréquence croissante;
- la logoclonie : le patient répète la dernière syllabe du dernier mot.

Barrages
Il s'agit d'une interruption soudaine d'une association d'idées, avant qu'elle soit complète, laissant un « blanc ». Après une période de silence, le patient ne pourra plus se rappeler ce qu'il vient de dire ou voulait dire.

Relâchement d'association (trouble formel de la pensée)
Il survient particulièrement dans la schizophrénie.

Discours

- Débit;
- Quantité;
- Articulation;
- Forme: la manière dont le patient s'exprime. Des exemples de troubles formels du discours sont donnés dans le Point de révision 8.2;
- Éventuels néologismes (Point de révision 8.2);
- Si le discours est perturbé, rapportez par écrit un exemple illustratif.

Humeur

- Évaluation objective (basée sur les antécédents, l'apparence, le comportement et la tenue) ;
- Évaluation subjective. Demandez à votre patient « Comment vous sentez-vous? », et « Dans quel état d'esprit vous trouvez-vous? »;
- Anxiété;
- Humeur et émotion (Point de révision 8.3).

Contenu de la pensée

- Préoccupations (idées morbides et inquiétude);

POINT DE RÉVISION **8.3**

Troubles de l'affectivité

L'affectivité est l'ensemble des comportements observables qui sont l'expression d'un état perceptif, vécu, subjectif (émotion) et variable dans le temps, en réponse à des états émotionnels changeants.

Affect émoussé
L'expressivité émotionnelle est grandement réduite.

Athymhormie - Apathie
C'est une absence totale ou quasi totale d'expressivité émotionnelle.

Affect inapproprié
C'est un affect inapproprié à la pensée ou à la parole qui l'accompagne.

Labilité affective
La perception externe et labile n'est pas en relation avec les stimuli externes ou le contexte.

- Obsessions: pensées répétitives qui s'imposent au sujet, mais que le patient reconnaît comme étant irrationnelles et auquel il ne peu! pas résister efficacement (Point de révision 8.4) On demandera aux patients: « Est-ce que vous conservez certaines pensées qui n'ont pas de sens bien que vous ayez essayé de les chasser de votre esprit? »;

POINT DE RÉVISION **8.4**

Obsession

Les thèmes obsessionnels comprennent:

La peur de faire du mal à autrui.

La saleté et la contamination.

L'agressivité.

Des thèmes à contenu sexuel.

Des thèmes à contenu religieux.

POINT DE RÉVISION **8.5**

Phobies

Acrophobie : peur de l'altitude.

Agoraphobie : littéralement, peur de la place publique. Il s'agit d'un syndrome s'accompagnant d'une grande anxiété, ou de conduite d'évitement, de lieux ou de situations desquelles il serait difficile ou embarrassant de s'échapper, ou dans lesquelles une aide peut s'avérer impossible dans le cas d'une attaque panique ou de symptômes voisins. La peur peut être occasionnée par :
- les foules ;
- les espaces ouverts et fermés ;
- les grands magasins ;
- certaines situations sociales ;
- les transports en commun.

Algophobie : peur de la douleur.

Claustrophobie : peur des espaces fermés.

Phobies de stimuli internes : comprend des phobies obsessionnelles ou des phobies de certaines maladies, ce qui recoupe l'hypocondrie.

Phobie sociale : peur des relations interpersonnelles en public, comme:
- parler en public ;
- manger en public;
- rencontrer des gens.

Phobie spécifique (simple) : peur de situations ou d'objets (par exemple, des serpents) particuliers.

Xénophobie : peur des étrangers.

Zoophobie : peur des animaux.

• Phobies, telles que celles décrites dans le Point de révision 8.5. Une phobie est une peur irrationnelle et persistante d'une activité, d'un objet ou d'une situation, qui conduit à l'évitement. La peur est hors de proportion avec le danger réel et irraisonnée, étant au-delà du contrôle volontaire;

• Idées suicidaires. Commencez à les évaluer par une question comme « Vous est-il arrivé de penser que la vie n'était pas digne d'être vécue? »;

• Idées d'homicide. Vous demanderez à votre patient: « Vous est-il arrivé d'éprouver le souhait de faire du mal à quelqu'un? ».

Croyances et interprétations anormales des événements

• Notez leur contenu, leur début et leur degré d'intensité;

• Idées délirantes, comme celles présentées dans le Point de révision 8.6. Un délire est une fausse conviction personnelle basée sur l'inférence d'une réalité extérieure, fermement soutenue en dépit des opinions des autres, et ce malgré des preuves irréfutables et évidentes du contraire. Cette conviction n'est pas celle habituellement acceptée par les autres membres de sa culture ou sous-culture (par exemple, ce n'est pas un point de croyance religieuse) ;

• Idées surévaluées. Une telle idée est une vive préoccupation déraisonnable, soutenue avec une intensité délirante. L'idée ou la conviction soutenue est manifestement fausse, tranche fortement avec celles du groupe culturel du patient, et il y a un investissement émotionnel très intense;

• Perception délirante. Une signification nouvelle et délirante est attribuée à une perception réelle et habituelle, sans aucune raison logique.

POINT DE RÉVISION **8.6**

Idées délirantes

Thème du délire	*Conviction délirante*
De persécution	Le patient est persécuté.
De pauvreté	Le patient est pauvre, ruiné.
De référence	Le comportement des autres, les objets et les événements (comme des reportages radio, télévisés ou des articles de journaux) ont une signification particulière pour le patient. Lorsque de telles idées sont tenues avec moins de conviction délirante, elles sont appelées idées de référence.
D'auto-accusation	Le patient est coupable.
Erotomanie	Une autre personne est intensément amoureuse du patient (survient surtout chez les femmes envers un homme de rang social souvent plus élevé).
D'infidélité (jalousie pathologique ou délirante)	Le conjoint ou l'amant du patient est infidèle.
De grandeur	Le patient croit exagérément en sa propre puissance et son importance.
De dédoublement	Une personne connue du patient a été remplacée par un double.
Syndrome de Fregoli	Une personne proche du patient a pris différentes apparences et est reconnue en d'autres personnes.
Nihilisme	Les autres, le patient lui-même ou le monde n'existent pas, ou sont en passe de cesser d'exister.
Somatique	Croyance délirante se rapportant au fonctionnement du corps du patient.
Bizarre	Croyance totalement improbable ou bizarre.
Systématisé	Série d'idées délirantes réunies par un thème commun, ou idée délirante avec de multiples elaborations.

D'après Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH (1996): *Textbook of psychiatry.* Edinburgh: Churchill Livingstone.

Expériences anormales

- Distorsions sensorielles. Modifications d'intensité, de qualité (par exemple distorsions visuelles) ou de forme spatiale.
- Illusions. Une illusion est une perception fausse d'un stimulus externe réel.
- Hallucinations, *cf.* Point de révision 8.7. Une hallucination est une perception sensorielle fausse en l'absence de stimulus externe réel. Elle est perçue comme étant bien localisée dans l'espace, ayant les mêmes qualités de réalité que les perceptions normales, et elle n'est pas soumis à des manipulations conscientes.
- Les pseudo-hallucinations sont une forme d'imagerie survenant dans le champ intérieur subjectif de la conscience, qui n'a pas la substantialité des perceptions normales et n'est pas soumise à des manipulations conscientes;
- Troubles de la conscience de soi (troubles de l'ego): ils incluent la dépersonnalisation, dans laquelle le patient ressent qu'il est changé ou irréel d'une certaine façon, et la déréalisation, dans laquelle l'environnement externe ne semble pas réel. Dépersonnalisation et déréalisation peuvent toucher les personnes normales, en période de grande fatigue par exemple.

Fonctions supérieures cognitives

- Si l'on suspecte une désorientation, on évaluera l'orientation dans le temps et dans l'espace en demandant au patient l'heure, la date, l'endroit où il vit, et en l'interrogeant sur son nom et son identité;
- On évaluera l'attention et la concentration en soumettant le patient au test des séries de sept: demandez-lui de soustraire 7 de 100, et de poursuivre la soustraction du chiffre 7 du nombre restant, le plus rapidement possible. On notera le temps mis pour atteindre un chiffre inférieur à 7. Si le test est trop difficile, utilisez le chiffre 3 ou demandez au patient de réciter à rebours les noms des jours de la semaine ou des mois de l'année;
- La concentration étant une attention soutenue, commencez par le test des séries de sept; s'il est réalisé de manière adéquate, il n'est pas nécessaire de vérifier l'attention séparément. Les

POINT DE RÉVISION **8.7**

Hallucinations

Différentes modalités sensorielles

Hallucinations auditives : elles peuvent survenir pendant une dépression (hallucinations désobligeantes, à la seconde personne du singulier) et dans la schizophrénie (hallucinations à la troisième personne et commentaires détaillés).

Hallucinations tactiles : elles prennent habituellement le masque de sensations sur ou juste sous la peau, par exemple sensation d'insectes rampant sous la peau (formication).

Hallucinations visuelles : elles orientent souvent vers un syndrome cérébral organique.

Autres types particuliers d'hallucinations

Hallucinose: hallucinations (habituellement auditives) survenant en pleine conscience, habituellement au cours d'une intoxication alcoolique chronique.

Réflexe : une stimulation dans une modalité sensorielle donnée provoque une hallucination dans une autre modalité sensorielle. Par exemple, un schizophrène pourra ressentir une douleur vive dans la jambe chaque fois qu'un autre patient l'appelle par son nom, et il croira que la voix du patient est la cause de sa douleur.

Fonctionnelle : le stimulus provoquant l'hallucination est ressenti simultanément à l'hallucination elle-même. Par exemple, une schizophrène pourra entendre des voix faisant des commentaires à son propos chaque fois qu'elle tire la chasse d'eau des toilettes.

Autoscopie (aussi appelée image du miroir fantôme) : le patient se voit lui-même et sait qu'il s'agit de lui.

Extracampine : l'hallucination survient en dehors du champ sensoriel du patient: un schizophrène croit voir Adolf Hitler debout derrière lui, au coin de son champ visuel, mais dès qu'il se retourne, celui-ci disparaît.

Phénomènes rampants : des objets en mouvement sont vus comme une série d'images particulièrement discontinues. Ils surviennent habituellement après la prise d'hallucinogènes.

Hypnopompique : les hallucinations (habituellement visuelles ou auditives) apparaissent lors du réveil ; elles peuvent survenir chez les personnes normales.

Hypnagogique : les hallucinations (habituellement visuelles ou auditives) apparaissent lors de l'endormissement; elles peuvent survenir chez les personnes normales.

(D'après Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH (1996) : *Textbook of psychiatry.* Edinburgh : Churchill Livingstone.)

troubles de l'attention se manifestent lorsque l'attention du patient est trop fréquemment attirée vers des stimuli extérieurs sans importance ou distracteurs;

- Mémoire *(cf.* chapitre 7) :
  - Le rappel immédiat peut-être évalué en demandant aux patients de répéter immédiatement une séquence de chiffres énoncés (habituellement, il se situe entre 5 et 9 chiffres avec une moyenne de 7) ;
  - L'apprentissage peut être évalué en donnant au patient un nom et une adresse et en lui demandant de les répéter. Notez les erreurs;
  - La mémoire à court terme peut être évaluée en demandant aux patients de répéter, cinq minutes plus tard, le nom et l'adresse donnés lors de l'évaluation de l'apprentissage. Notez les erreurs ;
  - La mémoire des faits récents peut-être évaluée en demandant aux patients de citer les nouvelles importantes des deux jours précédents ;
  - La mémoire à long terme peut être évaluée plus formellement, en demandant au patient de donner sa date et son lieu de naissance;
  - Les troubles de la mémoire sont présentés dans le Point de révision 8.8.
- Les connaissances générales peuvent être évaluées en demandant au patient de nommer des personnalités connues, les couleurs du drapeau national et cinq capitales d'un continent donné;
- On jugera cliniquement si l'intelligence du patient se situe dans une moyenne habituelle sur la qualité des réponses qu'il fera aux questions de culture générale, sur les réponses aux questions lors de la prise d'antécédents et de l'examen mental, et sur le niveau d'éducation atteint (à partir de l'anamnèse). La démence est un déficit global et organique des fonctions intellectuelles sans troubles de la conscience, alors que la pseudo-démence ressemble cliniquement à la démence mais n'a pas d'origine organique;
- On retrouvera dans les chapitres 7 et 13 de ce livre des évaluations supplémentaires de l'état cognitif, qu'il faudra mettre en œuvre si l'on suspecte un trouble mental organique comme la démence.

POINT DE RÉVISION **8.8**

Troubles de la mémoire

L'amnésie est une incapacité à se rappeler des expériences passées.

L'hypermnésie est une faculté de rétention et de rappel exagérée.

La paramnésie est un rappel erroné conduisant à une falsification de la mémoire, par exemple :
- *confabulation* : les trous de mémoire sont inconsciemment compensés par des faux événements, comme dans le syndrome amnésique (de Korsakoff).
- *déjà vu* : le sujet a l'impression que la situation actuelle a déjà été vue ou vécue auparavant.
- *déjà entendu:* illusion d'une reconnaissance auditive.
- *déjà pensé :* illusion de reconnaître une nouvelle pensée.
- *jamais vu :* illusion de ne pas reconnaître une situation familière.
- *falsification rétrospective :* de faux détails sont ajoutés au rappel de faits réels par ailleurs.

(D'après Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH (1996): *Textbook of psychiatry.* Edinburgn: Churchill Livingstone)

Autocritique*

Si le patient a des troubles psychiatriques, son degré d'introspection, d'« insight », peut-être évalué en lui demandant s'il se considère comme malade, s'il accepte le fait d'avoir une maladie psychiatrique et qu'un traitement est nécessaire.

SYNDROMES PSYCHIATRIQUES FRÉQUENTS

• SCHIZOPHRÉNIE

Le tableau de la schizophrénie comprend un ou plusieurs des signes cliniques caractéristiques suivants:

- modifications de la pensée;
- modifications de la perception;
- affectivité émoussée ou inappropriée;
- fonctionnement social réduit.

* *Insight,* le terme anglais est aussi utilisé [NdT|.

Les fonctions cognitives sont habituellement intactes au début de la maladie.

Symptômes de premier rang de Schneider

En l'absence de pathologie cérébrale organique, la présence de symptômes de premier rang de Schneider non pathognomoniques oriente vers une schizophrénie.

Hallucinations auditives

Elles peuvent être de plusieurs types :

- les voix entendues peuvent répéter tout haut les pensées du patient au moment où celui-ci les émet, juste après qu'elles aient été émises, ou par anticipation, juste avant qu'elles ne le soient;
- les voix peuvent discuter avec le patient en parlant de lui à la troisième personne;
- les voix peuvent faire un commentaire sur le patient.

Intrusion dans les pensées

Le patient croit que ses pensées sont sous le contrôle d'un système externe, ou que d'autres participent à ses pensées. Les types suivants d'intrusions dans les pensées sont des symptômes de premier rang:

- le patient peut croire que des pensées extérieures (étrangères) ont été insérées en lui ou par un intermédiaire extérieur (intrusion dans la pensée) ;
- le patient peut croire que ses pensées ont été retirées de son esprit par un agent extérieur (vol de pensées) ;
- le patient peut croire que ses pensées sont lues par d'autres comme si elles leur étaient transmises (devinement de la pensée).

Émotions, impulsions et actions forcées

Le patient a le sentiment que son libre arbitre ne lui appartient plus et qu'un agent extérieur contrôle ses :

- émotions (émotions et pensées imposées) ;
- impulsions (impulsions forcées);
- actions (actes imposés).

Passivité

Le patient a l'impression d'être le réceptacle passif de sensations somatiques ou corporelles issues d'un agent extérieur.

Perception délirante

Une perception réelle est suivie d'une interprétation erronée et délirante de cette perception.

Autres symptômes

Voici des symptômes souvent décrits comme ayant une importance particulière dans le diagnostic de la schizophrénie, mais qui ne sont pas pathognomoniques:

Autres idées délirantes comme une identité religieuse ou politique, des capacités et des pouvoirs surhumains.
Hallucinations persistantes de toutes modalités, lorsqu'elles sont accompagnées soit d'idées délirantes éphémères ou à demi-formées, sans contenu affectif clair, soit d'idées surinvesties persistantes, ou lorsqu'elles surviennent tous les jours, pendant des semaines. *Une idée surinvestie* est une préoccupation irraisonnée soutenue sans conviction totale délirante; l'idée ou la croyance est manifestement fausse et n'est pas partagée par d'autres personnes de la même culture. Elle est fortement empreinte d'émotion et associée à une adhésion exagérée,
Troubles au cours de la pensée diffluente et relâchement des associations peuvent mener à un **discours incohérent ou hors de propos.** Ils peuvent également être responsables des **néologismes,** où le patient construit de nouveaux mots ou emploie des mots de tous les jours de façon inhabituelle.
Comportement catatonique. Les symptômes comprennent la **stupeur catatonique** dans laquelle le patient ne répond plus, est akinétique, mutique et pleinement conscient, et une **agitation;** le patient peut passe d'un état à l'autre. Les autres symptômes sont l'adoption par le patient, pendant une longue période, d'une posture bizarre, une **flexibilité cireuse** (connue également sous le nom de **cerea flexibilitas),** dans laquelle on peut modifier la position longue-

ment maintenue des membres du patient, et un **négativisme,** dans lequel le patient résiste à toutes les instructions et à toutes les incitations à la mobilisation.

Des **symptômes négatifs** surviennent typiquement dans la schizophrénie chronique. Ils comprennent une apathie profonde, une pauvreté du discours, une avolition, des affects abrasés, émoussés ou inappropriés. Ils conduisent le plus souvent à un retrait et à un appauvrissement des capacités sociales. Lorsque l'on identifie des symptômes négatifs, il faut éliminer d'autres causes possibles d'une telle symptomatologie, comme la dépression ou un traitement par neuroleptiques.

Un **changement significatif et profond** de certains aspects de la personnalité se manifeste par une perte d'intérêt, un apragmatisme, une indifférence, une attitude renfermée sur soi et un retrait social.

• ÉPISODE DÉPRESSIF

C'est une dépression de l'humeur, une perte d'intérêt et du plaisir (anhédonie), une énergie réduite (conduisant à une asthénie et à une activité réduite), une attention et une concentration amoindries, des idées de culpabilité et d'inutilité et un appauvrissement de l'estime de soi. Les symptômes peuvent entraîner un sentiment de perte d'espoir et la conviction que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, ce qui mène à des idées suicidaires.

Symptômes biologiques

Les modifications somatiques ou physiologiques suivantes surviennent fréquemment:

- diminution de l'appétit avec perte de poids;
- constipation;
- insomnie avec réveil matinal au moins deux heures avant l'heure habituelle (réveil matinal précoce) ;
- variation diurne de l'humeur. L'humeur du réveil est souvent très déprimée, s'améliorant au cours de la journée pour être meilleure le soir. Ce cycle diurne peut se répéter tous les jours ;
- diminution marquée de la libido;
- aménorrhée.

Examen de l'état mental

Voici les signes remarquables au cours de l'examen de l'état mental :

L'apparence

Typiquement, un visage dépressif comprend un regard triste, une chute des commissures labiales et un front plissé, avec la présence d'un pli vertical entre les sourcils. En général, il y a peu de contacts visuels avec l'interlocuteur. Il peut exister des signes directs de perte de poids, avec un patient d'apparence émaciée, voire déshydraté. Des signes indirects d'une perte de poids récente peuvent se manifester par des vêtements trop amples. Il peut y avoir des signes de négligence personnelle, comme une apparence négligée, une mauvaise hygiène corporelle et des habits sales.

Comportement

Typiquement, un ralentissement psychomoteur apparaît.

Discours

Le patient s'exprime lentement et il a un temps de latence avant de répondre aux questions.

Humeur

L'humeur est typiquement triste et s'accompagne d'un sentiment marqué de désespoir. Peuvent s'y associer une anxiété, une irritabilité et une agitation. Le patient peut se plaindre d'un manque d'énergie et d'entrain, ainsi que d'une impossibilité à ressentir du plaisir (anhédonie). Ceci s'accompagne d'une perte d'intérêt pour ses activités normales et pour ses hobbies.

Pensées

Le patient a des idées pessimistes concernant son passé, son présent et son futur, ainsi que des idées délirantes de pauvreté et de maladie. Recherchez d'éventuelles idées suicidaires. Des velléités d'homicide peuvent également être présentes.

Perceptions

Dans les cas sévères, le patient peut avoir des hallucinations auditives congruentes à l'humeur, perçues à la seconde personne et au contenu désobligeant.

Fonctions cognitives

Un problème de concentration peut faussement faire croire au patient qu'il a aussi des troubles de la mémoire. Chez le patient senescent, la présentation peut ressembler à celle d'une démence (cf. chapitre 13).

• DEGRÉ D'INTENTIONNALITÉ SUICIDAIRE DANS LE PARASUICIDE

Après un acte de parasuicide (auto-agressivité volontaire), c'est-à-dire un acte autonome réalisé délibérément qui ressemble à un acte suicidaire mais qui ne mène pas au décès, il est important d'évaluer l'importance de l'intentionnalité suicidaire au moment de l'acte. Un certain nombre de questions doivent être posées pour évaluer précisément cette disposition d'esprit:

- Quelles sont l'explication, la(es) raison(s) probables) et le(s) but(s) d'une telle tentative?
- Est-ce que le patient souhaite toujours mourir?
- À quels problèmes est confronté le patient?
- Souffre-t-il d'une maladie psychiatrique, et si c'est le cas, en quoi est-elle liée à la tentative?
- Le patient a-t-il les ressources pour s'en sortir et quels sont ses soutiens?
- Quel type d'aide pourrait être approprié? Le patient souhaite-t-il cette aide?

POINT PRATIQUE

Une intentionnalité suicidaire importante se manifeste par les signes suivants :
L'acte a été planifié auparavant.
Des précautions ont été prises pour le dissimuler.
Le patient n'a recherché aucune aide après coup.
Une méthode dangereuse a été utilisée comme l'usage d'une arme à feu, la noyade, la pendaison ou l'électrocution.
Il y a eu un acte final comme faire un testament ou laisser une lettre
Il y a eu une importante préméditation.
Le patient admet une intention suicidaire.

• MANIE

L'humeur est exagérément amplifiée, ce qui peut conduire soit à une euphorie, soit à une irritabilité et à de la colère. On constate également une énergie accrue, une hyperactivité, un discours très rapide, un sommeil réduit, une perte des inhibitions sociales et sexuelles, une attention et une concentration amoindries. Pendant l'épisode maniaque, le patient peut devenir très dépensier (prodigalité), entreprendre des projets irréalistes, avoir une conduite sexuelle débridée et, s'il est irritable et en colère, être inutilement agressif. Dans la manie sévère, il peut développer une activité physique et une agitation très intenses et durables, qui peuvent conduire à un comportement agressif et violent. Des négligences alimentaires (nourriture et boisson) et d'hygiène personnelle peuvent conduire à des états graves de déshydratation et d'autonégligence.

Examen de l'état mental

Voici les signes à repérer lors de l'examen :

Apparence

Le patient peut porter des vêtements extravagants et bigarrés. Dans des cas sévères, il peut y avoir des signes de négligence, et le patient apparaît débraillé et déshydraté.

Comportement

L'hyperactivité est caractéristique : il peut être difficile de convaincre le patient de s'asseoir tranquillement pour l'interroger.

Discours

Une logorrhée est caractéristique: le flux et l'abondance de la parole sont grands, et il peut être difficile d'interrompre le patient.

Humeur

Le patient peut être euphorique, ou bien irritable et colérique.

Pensées

Le patient peut surestimer ses qualités, son importance, et avoir des opinions surévaluant

ses actes. La fuite des idées est fréquente dans les cas sévères avec une tachypsychie (idées qui changent brutalement de thèmes, passant du coq à l'âne sans direction générale). Dans la manie sévère, les idées grandioses peuvent tourner au délire, l'irritabilité et la suspicion au délire de persécution.

Perceptions

La perception des couleurs peut devenir particulièrement vive, l'attention est exagérément prêtée aux petits détails de surface et de texture avec une sensibilité exacerbée aux sons (hyperacousie). Dans les cas graves, des hallucinations peuvent apparaître; elles sont auditives (et confirment par exemple les délires mégalomaniaques du patient: « Vous êtes la personne la plus importante du monde ») ou visuelles (le patient peut, par exemple, se voir assis sur un trône, ou dans un décor religieux).

Fonctions supérieures

L'attention et la concentration sont réduites.

Jugement et auto-critique

L'autocritique est absente dans un épisode maniaque. Après l'accès aigu, la restauration du discernement et, en particulier, la prise de conscience du comportement lors de la phase aiguë, peuvent plonger le patient dans un état dépressif.

• TROUBLES NÉVROTIQUES LIÉS AU STRESS ET TROUBLES SOMATOFORMES

Agoraphobie

Elle regroupe un certain nombre de phobies génératrices d'angoisse (Point de révision 8.5) incluant la peur de:

- quitter son domicile;
- se mêler à la foule;
- se trouver sur une place publique;
- voyager seul dans les transports en commun.

En conséquence, le patient peut rester cloîtré à domicile.

Phobie sociale

Les phobies sont centrées autour de la peur d'être observé par d'autres, dans des groupes relativement restreints. En conséquence, le patient évitera les situations sociales comme manger en public, parler en public ou rencontrer quelqu'un du sexe opposé.

Phobie spécifique (isolée)

Les phobies sont restreintes à des situations très particulières comme:

- la proximité d'animaux;
- l'altitude.;
- le tonnerre;
- l'obscurité;
- le voyage en avion ;
- les espaces clos;
- certaines nourritures;
- les soins dentaires.

De plus, il peut exister une peur d'être exposé à des maladies particulières comme:

- le sida;
- les troubles liés aux radiations (surtout les rayons X).

Troubles paniques

Ce sont des attaques d'anxiété importantes (panique) qui ne sont pas propres à certaines situations et qui sont donc imprévisibles. Les symptômes sont les suivants :

- une tachycardie soudaine;
- une douleur thoracique;
- une boule dans la gorge;
- un accès de vertiges;
- des sudations;
- des tremblements;
- une dépersonnalisation;
- une déréalisation.

Il peut en résulter une peur secondaire de mourir ou de devenir fou. Les accès ne durent en général que quelques minutes.

Troubles d'anxiété généralisée

Une angoisse généralisée et persistante peut survenir et être présente à tout moment, sans forcément être favorisée par une situation particulière. Voici les symptômes typiques :

- une sensation permanente de nervosité;
- un tremblement;
- une tension musculaire;
- des sudations;
- une sensation de tête vide;
- des palpitations;
- des vertiges ;
- une bouche sèche;
- une pesanteur abdominale;
- une fréquente et pressante envie d'uriner;
- des troubles du sommeil.

Troubles obsessionnels compulsifs

Ce sont des idées récurrentes et obsessionnelles et/ou des actes compulsifs que le patient reconnaît comme les siens et auxquels il ne peut pas résister (bien que dans des cas très durables, il existe une résistance certaine). Les idées obsessionnelles ont habituellement un effet anxiogène (Point de révision 8.4); elles peuvent être, par exemple, des idées:

- violentes;
- obscènes;
- blasphématoires;
- insensées.

Le patient peut également être déprimé.

Stress post-traumatique

Il constitue la réponse retardée et/ou prolongée d'un événement stressant ou d'une situation de nature exceptionnellement menaçante ou catastrophique, comme un viol ou une torture. Le patient revit le traumatisme de façon répétée lors de flash-backs, ou fait des rêves dans un tableau persistant où coexistent une torpeur, des émotions émoussées, une anhédonie, une mise à distance des autres et l'évitement de tout ce qui peut rappeler le traumatisme.

• TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Anorexie mentale

Le caractère principal est la perte de poids délibérée, provoquée et/ou entretenue par le patient. La perte de poids est auto-provoquée par diverses stratégies:

- en évitant les nourritures « grasses »;
- en provoquant des vomissements;
- par la prise de purgatifs;
- par un exercice excessif;
- par un abus de diurétiques;
- par un abus d'anorexigènes.

Les signes et symptômes sont les suivants :

- apparence maigre et émaciée (avec une masse corporelle 15 % en dessous de la masse attendue, ou un indice de masse corporelle inférieur à 17,5 kg/m^2);
- distorsion de l'image corporelle avec peur de l'obésité ;
- aménorrhée chez la femme (malgré la prise de contraception orale, des saignements vaginaux occasionnels peuvent survenir) ;
- diminution de la libido et des fonctions érectiles chez l'homme;
- signes de déshydratation ;
- gonflement des glandes salivaires;
- caries dentaires;
- défaut de développement de la poitrine chez les jeunes filles lors de la croissance prépubertaire;
- défaut de développement génital chez les hommes lors de la croissance prépubertaire;
- lanugo (souvent sur le visage et le dosj ;
- pilosité axillaire et pubienne présente (alors qu'elle est absente ou rare dans l'hypopituitarisme);
- mauvaise circulation périphérique.

Les symptômes psychiatriques les plus habituellement associés à l'anorexie mentale sont:

- des comportements obsessionnels-compulsifs, comme un lavage des mains et un contrôle du poids;
- l'anxiété, particulièrement en rapport avec la nourriture et l'alimentation ;

• des troubles de l'humeur: épisode dépressif et humeur labile.

Boulimie

Les signes caractéristiques comprennent des crises de boulimie et une préoccupation excessive pour le contrôle du poids, avec une peur morbide de l'obésité conduisant à l'adoption de mesures extrêmes afin d'atténuer les effets « grossissants » de la nourriture ingérée, par exemple en se faisant vomir et en abusant de laxatifs, d'anorexigènes, d'extraits thyroïdiens ou de diurétiques. Voici les symptômes et les signes:

• masse corporelle dans les limites de la normale *(cf.* anorexie mentale) ;
• cycle menstruel normal chez les femmes *(cf.* anorexie mentale) ;
• gonflement des glandes salivaires;
• œdème facial ou périphérique intermittent;
• caries dentaires ;
• symptômes et signes de troubles électrolytiques (par exemple: faiblesse musculaire, arythmie cardiaque, insuffisance rénale, crises épileptiques, infections urinaires et crises de tétanie).

• INTOXICATION ALCOOLIQUE

C'est l'un des problèmes psychiatriques les plus fréquents, et donc le plus susceptible d'être rencontré par les étudiants ou les jeunes médecins. L'utilisation du questionnaire « CAGE » pour évaluer l'importance de la consommation du patient a été présentée page 142. D'autres signes de la dépendance alcoolique sont présentés dans le Point pratique ci-dessous.

POINT PRATIQUE

Certains aspects de la dépendance alcoolique :
Compulsion à boire (désir insatiable).
Tolérance croissante (de plus en plus d'alcool est nécessaire pour obtenir les mêmes les mêmes effets).
Symptômes de sevrage (tremblements matinaux et delirium tremens).

Dans le comportement familial, la dépendance physique et psychologique à l'alcool provoque toute une série de conséquences sociales, légales, affectives et familiales. Se surajoutent ainsi de nombreuses complications physiques, qui sont présentées ailleurs dans le livre.

A l'hôpital, il y a deux situations dans lesquelles l'alcool peut poser de sérieuses difficultés. La première est celle du patient intoxiqué, confus, largement perturbé et difficilement contrôlable, qui se présente aux urgences avec des complications graves comme un traumatisme crânien. La seconde est celle d'un patient se révélant alcoolique alors qu'il consulte pour une autre maladie, comme une pneumonie, et qui présente des symptômes de sevrage comme des tremblements et des sudations. Cette situation évolue en deux à quatre jours vers un delirium tremens avec confusion, désorientation et crises épileptiques.

Les problèmes médicaux liés à la grossesse

Ce chapitre présente les signes et les symptômes de la grossesse normale, signes qui, dans d'autres circonstances, peuvent être considérés comme pathologiques.

• SYMPTÔMES

La plupart des femmes enceintes et en bonne santé auront au moins un des symptômes suivants :

Essoufflement

Les trois-quarts des femmes enceintes souffrent d'essoufflement. Près de la moitié d'entre elles seront essoufflées en montant plus d'une volée de marches alors que les autres le seront lors d'un effort physique trivial comme la marche en terrain plat.
L'étiologie est incertaine; ce n'est pas simplement dû à un utérus gravide car certaines femmes deviennent essoufflées avant la 20e semaine de gestation, et les symptômes sont les plus marqués autour de la 30e semaine. Toutefois, un essoufflement modéré apparaissant de manière progressive chez une femme en bonne santé ne nécessite pas d'examen complémentaire.

Par contre, l'essoufflement chez une femme doit être prise en compte si:
- il apparaît brutalement;
- il est associé à des sifflements;
- il est associé à une douleur thoracique et/ou à une hémoptysie;
- il existe un antécédent de maladie pulmonaire ou cardiaque;
- les antécédents médicaux sont inconnus et une anomalie congénitale ou post-rhumatismale cardiaque peut ne pas avoir été diagnostiquée.

Palpitations

La fréquence cardiaque augmente au cours de la grossesse, mais la patiente ne le remarque que rarement. Des bruits occasionnels ectopiques d'origine atriale ou ventriculaire sont communs et n'ont pas de signification. Des palpitations prolongées, qui peuvent être accompagnées d'étourdissements ou de syncopes, sont habituellement provoquées par une tachycardie supraventriculaire. Cette situation survient plus fréquemment que chez les femmes non gravides et peut réapparaître à chaque grossesse.
Rappelez-vous également que l'hyperthyroïdie est fréquente au cours de la grossesse.

Œdème des chevilles

Un œdème des membres inférieurs prenant le godet et s'aggravant au cours de la gestation et à la fin de la journée est une constatation normale. Il survient chez près de 80 % des femmes et est dû à la gêne au retour veineux occasionnée par l'utérus gravide, associé à une diminution de la pression oncotique (résultant d'une diminution de la concentration d'albumine).
L'œdème des chevilles doit attirer l'attention si :
- il existe des antécédents de maladies cardiaque ou rénale;
- il est unilatéral suggérant une thrombose veineuse.

indigestion

La plupart des femmes souffrent d'indigestion et de brûlures gastriques pendant la grossesse, particulièrement au cours du troisième trimestre. L'ulcère peptique au cours de la grossesse est rare.

Nausées et vomissements

La nausée matinale chez une jeune femme est, virtuellement, un diagnostic de grossesse. Pendant la grossesse, 85 % des femmes présentent des nausées et/ou des vomissements. Alors que l'essentiel des symptômes est concentré au cours du premier trimestre, près de 20 % en souffrent tout au long de la grossesse. Quand les vomissements sont très sévères, ils sont désignés sous le terme hyperemesis gravidarum.

Constipation

Elle est très fréquente au cours de la grossesse et peut-être suffisamment gênante pour provoquer un inconfort abdominal. Un apport en fer peut l'aggraver.

Pollakiurie

Les mictions urgentes, fréquentes et nocturnes sont habituelles chez la femme enceinte. Dans certains cas, ces symptômes sont ceux d'une infection urinaire; la seule manière de le vérifier est de pratiquer une uroculture.

Ictère pendant la grossesse*

L'ictère doit toujours être considéré de manière sérieuse et l'avis d'un gastro-entérologue est essentiel. Dans la plupart des cas, il est dû à une maladie intercurrente comme une hépatite virale.

*** Ceci n'est évidemment pas un symptôme habituel de grossesse.**

Il s'agit habituellement de l'hépatite A, mais des études virologiques sont nécessaires pour déterminer le type de l'hépatite et établir le risque pour la mère et l'enfant.
Deux troubles sont caractéristiques de la grossesse :

- la cholestase récidivante de la grossesse, qui survient dans le dernier trimestre, est caractérisée par un prurit isolé ou avec ictère, des urines foncées et des selles décolorées. Après l'accouchement, les symptômes régressent et le pronostic est bon ;
- la stéatose aiguë du foie de la grossesse est rare et touche déjeunes primipares au cours du troisième trimestre. Les patientes deviennent rapidement malades avec un ictère, des vomissements et des douleurs abdominales. Le pronostic de la mère et de l'enfant est mauvais.

POINT PRATIQUE

N'oubliez pas qu'une femme enceinte peut avoir des maladies intercurrentes
Tachycardie - Hyperthyroïdie
Pollakiurie - Diabète (mais notez qu'une glycosurie est habituelle au cours de la grossesse)
Douleurs abdominales - Appendicite aiguë
Essoufflement - Asthme
Jaunisse - hépatite virale

• EXAMEN CLINIQUE (Fig. 9.1)

Les modifications de la peau et du système cardiovasculaire au cours de la grossesse peuvent simuler des maladies organiques graves.

La peau

Pendant la grossesse, la peau subit certaines modifications, la plus notable est l'hyperpigmentation, mais deux signes, en l'absence d'ictère, peuvent orienter vers une maladie hépatique:

- les angiomes stellaires : ils surviennent chez plus de 50 % des femmes enceintes, apparaissant entre la 8e et la 20e semaine; ils sont indiscernables de ceux des maladies chroniques hépatiques;

Figure 9.1. Examen clinique d'une femme enceinte.

• l'érythème palmaire: ce signe clinique non spécifique apparaît chez 70 % des femmes enceintes, souvent sur toute la surface des paumes.

Système cardiovasculaire

La circulation devient hyperdynamique au cours de la grossesse et le cœur tourne autour de son axe antéro-postérieur à mesure que l'utérus grandit. Plusieurs signes cliniques expriment ces modifications:

• le pouls périphérique est plus ample et la fréquence cardiaque est augmentée;

• le choc apexien est progressivement déplacé et, à la fin du troisième trimestre, il peut se situer à 2 cm latéralement de la ligne médioclaviculaire dans le 4e espace intercostal ;

• le troisième bruit cardiaque, résultant d'un remplissage ventriculaire rapide, peut être audible chez plus de 50 % des femmes enceintes;

• un souffle systolique, naissant de la valve pulmonaire ou tricuspide, peut être perçu chez la majorité des femmes enceintes; le souffle n'est jamais particulièrement intense mais peut-être perçu largement devant l'aire précordiale;

• en plus des souffles d'origine valvulaire, des souffles systoliques (probablement dus à une

augmentation du flux dans les vaisseaux mammaires) peuvent être entendus de chaque côté du sternum;

• par contre, un souffle prend une certaine importance au cours de la grossesse s'il est intense et varie au cours de la respiration, et s'il est holosystolique ou mésosystolique.

POINT DE RÉVISION **9.1**

Symptômes et signes de la grossesse

Une femme enceinte et en bonne santé peut présenter des symptômes qui dans d'autres circonstances seront considérés comme anormaux :

- Essoufflement
- Palpitations
- Œdème des chevilles
- Indigestion, nausées et vomissements
- Constipation
- Pollakiurie

Les signes cliniques de la grossesse sont :

- Érythème palmaire
- Angiome stellaire
- Pigmentation de la peau
- Tachycardie avec pouls ample
- Souffle systolique modéré
- Troisième bruit cardiaque

10

Troubles endocriniens

Le diabète sucré et les troubles de la fonction thyroïdienne sont de loin les affections endocrines les plus fréquentes observées en pratique clinique.

• DIABÈTE SUCRÉ

Le diabète sucré affecte 2 à 3 % de la population dans la majorité des pays occidentaux. Il est deux à trois fois plus fréquent chez les peuples afro-caraïbes et du sous-continent indien. Chez un patient avec des symptômes typiques, le diagnostic est confirmé si le taux de glucose dans le sang :

- est supérieur à 7,0 mmol/l chez un patient à jeun;
- est supérieur à 11,1 mmol/l sur un échantillon prélevé au hasard.

Le test de tolérance au glucose n'est nécessaire que si la glycémie est inférieure à ces taux.
L'hyperglycémie dans le diabète est due à un déficit relatif ou absolu en insuline, à une résistance à l'action de l'insuline des tissus périphériques, ou à ces deux situations combinées.

Comment se présente le diabète?

Voici les symptômes typiques initiaux dus à l'hyperglycémie :

- soif (Point de révision 10.1 pour les autres causes);
- polyurie provoquée par une diurèse osmotique induite par la glycosurie;
- perte de poids (variable selon le type de diabète) ;
- prurit vulvaire chez les femmes;
- balanite chez l'homme.

POINT DE RÉVISION **10.1**

Causes de la soif et de la polyurie

Diabète sucré.
Diabète insipide central (déficit en ADH).
Diabète insipide nephrogénique (résistance à l'ADH).
Hypercalcémie :
- hyperparathyroïdie ;
- maligne;
- sarcoïdose.

Hypokaliémie.
Médicaments (dont diurétiques).
Insuffisance rénale chronique.
Absorption excessive de sel.
ADH : Hormone anti-diurétique.

Classification (Point de révision 10.2)

La plupart des cas peuvent être classés en :

- type 1 : Diabète insulinodépendant avec déficit sévère en insuline.
- type 2: Diabète non insulinodépendant avec déficit modéré en insuline et résistance à celle-ci.

La plupart des patients nouvellement dépistés vont présenter ces symptômes (Point de révision 10.3) mais l'hyperglycémie peut être asymptomatique et détectée par un bilan systématique chez une personne en bonne santé. Un mode de présentation aigu avec une acidocétose diabétique oriente vers un déficit sévère en insuline.
À la phase aiguë, les patients présentent une déshydratation, des douleurs abdominales et une respiration acidocétosique (Kussmaul), une acidose métabolique, et des cétones qui donnent à l'haleine une odeur de pommes vertes, aisément reconnaissable.

POINT DE RÉVISION **10.2**

Classification des diabètes

Type	*Caractéristiques cliniques d'orientation*	*Type*	*Caractéristiques cliniques d'orientation*
Type 1	Cétonurie modérée ou grave Histoires courtes (quelques semaines) Symptômes sévères Perte de poids rapide Famille immédiate prenant de l'insuline Histoire familiale de maladies auto-immunes	*Pancréatique* Hémochromatose Pancreatite chronique	 Pigmentation Hépatomégalie Hypogonadisme Douleurs abdominales Épisodes précédents de pancréatite aiguë Dépendance alcoolique
Type 2 Obèse	Plus de 120 % du poids idéal chez deux tiers des patients Distribution abdominale de l'obésité (androïde) Plutôt résistance à l'insuline que déficit en insuline	Carcinome *Endocriniens* Maladie de Cushing Acromegalie Hyperthyroïdie Phéochromocytome Hyperaldostéronisme	Douleurs abdominales Perte de poids disproportionnée Caractères cliniques typiques
Type 2 Non obèse	Moins de 120 % du poids idéal Déficit en insuline plutôt qu'une résistance à l'insuline	Glucagonémie *Iatrogènes* Steroides Bêtabloquant Diurétique thiazidique	
Type 2 Caractères généraux	Pas de cétonurie Histoire plus longue (mois ou années) Symptômes discrets/modérés Complications au diagnostic dans 50 % des cas	*Syndromes génétiques* MODY DIDMOAD	 Début du diabète de la maturité chez les jeunes : transmission autosomique dominante Diabète insipide, diabète sucré, atrophie optique et surdité

Le diabète de type 2 peut se présenter par un coma hyperosmolaire non cétonique dans lequel l'hyperglycémie progressive provoque une déshydratation sévère, les taux d'insuline sont suffisants pour prévenir l'acidocétose.

Histoire et antécédents

Les patients se présentent typiquement avec l'un de ses trois symptômes majeurs:

- la soif;
- la polyurie;
- la perte de poids.

La polyurie est provoquée par une diurèse osmotique induite par la glycosurie, ce qui provoque une sensation de soif. Vous devez toutefois garder en mémoire d'autres causes de soif ou de polyurie, bien qu'elles soient beaucoup plus rares (Point de révision 10.1).

Liste des autres points importants de l'histoire

Le diabète peut provoquer d'autres symptômes que le patient n'évoquera pas spontanément. Vous devez rechercher:

- un prurit vulvaire chez la femme et une balance chez l'homme, conséquences de la glycosurie et de l'infection au Candida ;
- une vision trouble en rapport avec les modifications osmotiques liées au glucose du cristallin ;

POINT DE RÉVISION 10.3
Formes de présentation du diabète

Examen systématique
Bilan de santé pour assurance et/ou embauche

Symptômes
Cf. texte

Urgences hyperglycémiques
Acidocétose diabétique
Coma hyperosmolaire non cétonique

Complications au diagnostic
Diabète de type 2 seulement
- Micro-vasculaires:
Faible acuité visuelle (retinopathies)
Maux perforants plantaires (neuropathie sensitive)
Insuffisance rénale (néphropathie)
- Macro-vasculaires :
Maladies cardiaques ischémiques
Claudication
- Cérébro-vasculaires

• des douleurs épigastriques récidivantes ou une perte de poids continue, dues à une atteinte pancréatique;
• des douleurs à type de picotements ou de brûlures des pieds et des mollets, ou une insensibilité progressive et indolore des pieds, dues à une atteinte des nerfs sensitifs;
• une transformation en griffe des orteils, en raison d'une atrophie des muscles plantaires intrinsèques, provoquant une hyperpression sur les têtes des métatarsiens consécutive à l'atteinte des nerfs moteurs;
• une impuissance et une hypotension orthostatique lors de la neuropathie végétative;
• des ulcères du pied peuvent se développer, car la neuropathie masque la perception d'une pression anormale ou d'un traumatisme, par exemple avec des chaussures blessantes;
• des douleurs aux mollets lors de la marche (claudication intermittente); des douleurs thoraciques à l'effort dues à une atteinte coronarienne; et un accident vasculaire cérébral dû à une atteinte cérébro-vasculaire;
• une destruction des tissus superficiels par des injections répétées d'insuline au même endroit (lipohypertrophie).

Certains médicaments sont diabétogènes; c'est pourquoi vous devez vous enquérir spécifiquement de la prise éventuelle de stéroïdes, de bêta-bloquants ou de diurétiques *thiazidique.*

L'examen **clinique**

Celui-ci varie dans une certaine mesure, en fonction de la manière dont se présente le patient. Vous devez rechercher :
• des signes qui orientent vers une étiologie possible du diabète;
• des complications du diabète, en particulier chez les patients avec un diabète de type 2 chez qui la phase préclinique peut durer plusieurs années; la moitié d'entre eux présenteront des signes de complications au diagnostic (Point de révision 10.4);
• d'autres maladies additionnelles qui peuvent influencer la prise en charge.
Recherchez d'abord des étiologies possibles comme:
• des vergetures et l'asthénie musculaire proximale de la maladie de Cushing;
• des mains en battoir et une hypertrophie mandibulaire qui orientent vers une acromégalie;
• l'exophtalmie, la transpiration et la tachycardie de l'hyperthyroïdie;
• une pigmentation grise sale de la peau et une hépatomégalie qui peuvent suggérer une hémochromatose.

Recherchez des signes de perte de poids et comparez avec des mesures prises lors d'une hospitalisation antérieure.

Vous devez rechercher des signes spécifiques :

Rétinopathie
La rétinopathie proliférante menaçant la vision est habituellement asymptomatique jusqu'à ce que survienne une hémorragie du vitré, faisant brutalement perdre la vision. Elle est plus fréquente dans le diabète de type 1. Dilatez la pupille et examinez attentivement la rétine et la macule de l'œil pour rechercher:
• des **micro-anévrismes** capillaires et des **micro-hémorragies** rétiniennes;
• des **exsudats fixes,** petites plaques bien limitées correspondant à des dépôts lipidiques rétiniens;

POINT DE RÉVISION **10.4**

Complications au diagnostic

Complications	*Commentaire*
Rétinopathie	
Acuité visuelle	Échelle de Snellen
Cataracte	Perte du reflet rouge
	Dilatez la pupille (examen rétinien)
Nephropathie	
Tension artérielle	
Proteinurie	Albustix
Neuropathie	
Périphérique sensitive	Pique Touche
	Sensibilité vibratoire
Moteurs	Amyotrophie diabétique
Végétative	Hypotension orthostatique
	Impuissance
Mono neuropathie	Paralysie des nerfs crâniens III/VI, steppage
Pieds	
Cal	Des points de pression
Déformation	Orteils en griffe
	Hallux valgus
	Arthropathie de Charcot
	Ulceration
Maladies vasculaires	
Périphérique	Vérifiez le pouls/les bruits.
Coronaire	Vérifiez le pouls/les bruits
Cérébro-vasculaire	
Peau	
Nécrobiose	
Sites d'injections	Lipohypertrophie

POINT PRATIQUE

Vous devez toujours examiner l'urine du patient à la recherche d'une néphropathie : microalbuminurie et protéines urinaires chaque fois que vous verrez le patient.

• **infarctus rétiniens** (Fig. 10.1), aussi appelés tâches cotonneuses;

Figure 10.1. Infarctus rétinien dans le diabète. Ces aspects sont non spécifiques et peuvent être observés dans d'autres maladies systémiques comme la polyartérite et l'endocardite bactérienne subaiguë. Ces aspects sont parfois décrits comme des tâches cotonneuses.

• **néo-vaisseaux** (Fig. 10.2), symptômes clefs de la rétinopathie proliférante se développant au niveau de la papille ou de la rétine périphérique;
• **irrégularités et tortuosités veineuses ;**
• **maculopathie,** plus fréquente dans le diabète de type 2: l'œdème ou l'ischémie se développent dans la région maculaire et provoquent une baisse progressive de l'acuité visuelle.

Figure 10.2. Rétinopathie diabétique. Dans ce cas, les néo-vaisseaux sont observés sur la papille. D'autres exemples de retinopathies diabétiques sont présentés dans les figures **16.11** a et b.

Neuropathie

La neuropathie diabétique a une distribution « en gants et en chaussettes »; vous recherchez aux membres distaux :

- des signes objectifs d'hypoesthésie ;
- des signes objectifs de déficit musculaire;
- des ulcères de neuropathie (Fig. 10.3) secondaires à l'hypoesthésie et au déficit musculaire.

Nephropathie

La micro-albuminurie est le premier signe de la néphropathie. Au fur et à mesure de l'augmentation des protéines urinaires, elle devient détectable avec l'Albustix, ce qui est habituellement associé à une hypertension progressive et une augmentation de la créatinine. L'insuffisance rénale terminale se développe en moyenne sur sept à dix années.

Figure 10.3. Mal perforant plantaire d'un pied diabétique. Dans le diabète, il peut exister une neuropathie mixte. La neuropathie motrice provoque une atrophie des muscles intrinsèques du pied avec une disposition en griffe des orteils et une proéminence de la tête des métatarsiens. Marcher sur ces métatarsiens anormalement proéminents mais indolores provoque des ulcérations en face de la tête de ces os.

Lésions artérielles

Recherchez toujours les principaux pouls. L'atteinte vasculaire est habituelle chez les diabétiques chroniques.

• MALADIES THYROÏDIENNES

Le dysfonctionnement de la glande thyroïde peut exister depuis longtemps avant que le patient ne ressente des symptômes. C'est particulièrement vrai pour une glande thyroïde peu active, car des symptômes vagues tels qu'un « ralentissement général et une prise de poids » peuvent être mis sur le compte du vieillissement.

Histoire clinique

Les patients avec une atteinte thyroïdienne se plaignent:

- d'un gonflement du cou, habituellement indolore, dû à l'augmentation de la thyroïde (goitre, Fig. 10.4a et b);
- de symptômes liés à une modification de la fonction thyroïdienne (hyper/hypothyroïdie) ;
- d'un gonflement et de symptômes d'un dysfonctionnement thyroïdien.

Les symptômes d'hyperthyroïdie ou d'hypothyroïdie sont présentés dans le Point de révision 10.5.

Le patient ou ses proches peuvent avoir noté un gonflement du cou et craindre une atteinte maligne. Vous devez savoir si le gonflement est douloureux, caractère inhabituel des atteintes thyroïdiennes en dehors de la thyroïdite de de Quervain ou de l'hémorragie d'un kyste thyroïdien. La déglutition peut-être affectée par un goitre volumineux et multinodulaire, qui peut (rarement) provoquer une compression trachéale avec un stridor.

(a)

(b)

Figure 10.4. Vue antérieure (a) et latérale (b) d'un goitre multinodulaire avec une augmentation importante de l'isthme.

POINT DE RÉVISION **10.5**

Symptômes de maladies thyroïdiennes

Hyperthyroïdie	*Hypothyroïdie*
Perte de poids	Prise de poids
Thermophobie	Frilosité
Diarrhée	Constipation
Palpitations	
Fibrillation auriculaire	Bradycardie
Oligoménorrhée	Ménorragies
Sudation accentuée	Peau sèche.
	Cheveux fins
Myopathie proximale	Douleurs musculaires
Fatigabilité	Fatigabilité

• EXAMEN DE LA THYROÏDE

Commencez l'observation face au patient pour rechercher un gonflement évident autour du cou.

Puis, tenez-vous derrière votre patient assis, palpez l'isthme central et les deux lobes de la thyroïde (Fig. 10.5), puis recherchez des ganglions lymphatiques locaux, sites habituels d'extension secondaire des carcinomes thyroïdiens.

Demandez à votre patient d'avaler une gorgée d'eau :

- le gonflement thyroïdien se mobilise vers le haut lors de la déglutition;
- une glande immobile oriente vers une atteinte maligne.

Les étiologies d'une hypertrophie thyroïdienne sont présentées dans le Point de révision 10.6.

Que rechercher lorsque l'on suspecte une hyperthyroïdie?

Les premières impressions sont importantes. Les signes caractéristiques d'une hyperthyroïdie sont:

- une apparence anxieuse et agitée;
- un regard fixe en raison de l'hyperactivité des muscles élévateurs de la paupière supérieure.

Demandez à votre patient de regarder votre doigt et de le suivre lors d'un déplacement vers

Figure 10.5. Palpation de la glande thyroïde. Tenez-vous derrière ou juste à côté de votre patient. Pendant l'examen demandez à votre patient de prendre de l'eau dans la bouche et de l'avaler. Une glande non fixée ascensionne à la déglutition.

le bas; un retard de la descente de la paupière supérieure synchrone avec la pupille (asynergie oculo-palpébrale) est fréquemment observé dans l'hyperthyroïdie. Notez que les mains sont chaudes, moites et tremblent légèrement quand les bras sont tendus. Palpez le pouls : une tachycardie au repos est fréquente, et une fibrillation auriculaire survient dans 5 à 10 % des cas. La pression artérielle systolique peut être augmentée avec un élargissement de la différentielle. La glande thyroïde peut se développer en arrière du sternum mais ceci est difficile à percevoir cliniquement.

Les étiologies de l'hyperthyroïdie sont présentées dans le Point de révision 10.7.

La **maladie de Basedow** associe d'autres signes cliniques spécifiques. Une ophtalmopathie associée coexiste habituellement avec l'hyperthyroïdie, mais peut précéder ou accompagner de plusieurs années les troubles de la fonction thyroïdienne. Recherchez particulièrement:

POINT DE RÉVISION **10.6**

Causes des goitres

Causes	*Signes cliniques*
Déficit en iode	Endémique
	Non toxique
Auto-immunes	
- Maladie de Basedow	Goitre diffus
	Souffle systolique
	Hyperthyroïdie
	Ophtalmopathie
- Thyroïdite d'Hashimoto	Goitre diffus
	Occasionnellement sensible
	Hypothyroïdie
Viral	Goitre sensible
Nodules solitaires	Hyperthyroïdisme transitoire
	Adénome toxique
	Kyste simple
	Nodule d'une glande multinodulaire
Déficit enzymatique	Rare
Physiologique	Puberté
	Grossesse
Maligne	Habituellement: carcinome
	Rarement: lymphome

POINT DE RÉVISION **10.7**

Causes de l'hyperthyroïdie

Fréquentes
- Maladie de Basedow (Fig. 10.6)
- Goitre multinodulaire
- Adénome toxique

Moins fréquentes
- Thyroïdite de Quervain
- Médicaments: amiodarone
- Thyréotoxicose

- un **œdème périorbitaire** touchant les paupières et les glandes lacrymales, habituellement plus marqué le matin;
- un **Chemosis** provoquant des yeux douloureux et sales qui peuvent apparaître rouges et infectés;

Figure 10.6. Lésions sévères asymétriques oculaires dans la maladie de Basedow. Cette femme présente une exophtalmie, un œdème des paupières inférieures et un Chemosis.

- une **ophtalmoplégie** peut provoquer une diplopie, plus fréquemment dans le regard vers le haut, due à une atteinte du muscle oblique inférieur;
- une **exophtalmie** résulte d'infiltration par des cellules inflammatoires et un gonflement des muscles oculomoteurs. L'augmentation de la pression de l'orbite pousse le globe vers l'avant et le nerf optique peut être comprimé ceci provoque une atteinte visuelle (Fig. 10.6);
- le **myxœdème prétibial** est un épaississement rouge violacé de la peau des tibias et des pieds dans la maladie de Basedow. La cause est inconnue;
- l'**acropathie thyroïdienne** ressemble à l'hippocratisme digital, mais touche également le néo-os sous-périosté observé sur une radiographie des mains;
- la **myopathie** touche fréquemment les muscles proximaux et, si elle est sévère, peut empêcher le patient de se lever de sa chaise ou de monter les escaliers.

Que rechercher lorsque l'on suspecte une hypothyroïdie? (Fig. 10.7 et 2.2)

Les signes florides d'hypothyroïdie sont rarement observés dans les pays développés, en raison de l'usage répandu des tests de la fonction thyroïdienne. Les signes passent inaperçus car ils apparaissent lentement.

Une hypothyroïdie majeure est caractérisée par:

- une peau sèche et écailleuse;

Figure 10.7. Représentation schématique des signes cliniques du myxœdème hypothyroïdien.

- la raréfaction des cheveux et des sourcils;
- un visage et des membres boursouflés;
- une voix lente et grave;
- une bradycardie;
- un retard à la relaxation musculaire bien observé en recherchant le réflexe achilléen chez un patient à genou sur une chaise.

Les étiologies fréquentes d'hypothyroïdie sont présentées sur le Point de révision 10.8.

• MALADIE HYPOPHYSAIRE

POINT DE RÉVISION **10.8**

Causes fréquentes de l'hypothyroïdie

Thyroïdite d'Hashimoto
Iode radioactif
Post-thyroïdectomie
Déficit en iode (endémique)

Comme pour la thyroïde, la glande hypophysaire provoque une maladie en raison de son hypertrophie, d'un changement de fonction, ou des deux. Les adénomes hypophysaires de moins d'un centimètre sont appelés microadénomes, et ceux de plus d'un centimètre des macroadénomes.

A mesure que le macro-adénome ou une tumeur parasellaire croît, il comprime les structures environnantes comme le chiasma optique (Fig. 10.8). En conséquence, les patients se plaignent le plus souvent de céphalées et de troubles visuels.

Les macroadénomes lèsent également le tissu hypophysaire normal, provoquant un hypopituitarisme progressif. Les gonadotrophines et l'hormone de croissance sont les plus sensibles, suivies de l'hormone thyrostimulante (TSH), puis l'hormone corticotrope (ACTH) et très rarement l'arginine-vasopressine ou hormone anti-diurétique (AVP ou ADH). Les conséquences cliniques d'un déficit hypophysaire sont résumées dans le Point de révision 10.**9.**

POINT DE RÉVISION **10.9**

Conséquences cliniques d'un déficit hypophysaire

Déficit	*Enfant*	*Adulte*
LH	Retard pubertaire	Aménorrhée
FSH		Infertilité Impuissance Atténuation des caractères sexuels secondaires
GH	Retard de croissance	Diminution de la puissance musculaire Augmentation de la graisse abdominale
TSH	Hypothyroïdie	Hypothyroïdie
	Retard de croissance	
ACTH	Insuffisance surrénalienne	Insuffisance surrénalienne
ADH	Diabète insipide	Diabète insipide

LH : *Luteinzing Hormone.* FSH : *Follicule-Stimulating Hormone.* GH: *Growth Hormone* (hormone de croissance). TSH : *Thyroïd-Stimulating Hormone.* ACTH : *AdrenoCorticoTropic Hormone.* ADH : *Anti-Diuretic Hormone.*

Figure 10.8. Présentation clinique d'une tumeur hypophysaire.

Le panhypopituitarisme provoque des symptômes non spécifiques de léthargie, de fatigabilité, d'anorexie et de perte de poids. Les patients sont habituellement pâles avec une peau fine et lisse. Les caractères sexuels secondaires sont absents; chez l'homme, les testicules sont petits et mous, alors que les seins sont peu développés chez la femme. Il peut exister des signes cliniques d'hypothyroïdie.

Une atteinte aiguë décompensée en insuffisance hypophysaire est caractérisée par un coma, une hypothermie, une hypotension, une hypoglycémie et une hyponatrémie.

Tumeurs sécrétantes

Les tumeurs sécrétantes peuvent produire un excès d'hormones.

La plus fréquente est le prolactinome. Un excès de prolactine provoque chez la femme une galactorrhée et une aménorrhée avec infertilité, chez l'homme une impuissance avec perte de la libido. Les hommes présentent habituellement de grandes tumeurs (macroprolactinomes) qui provoquent des signes de compression locale.

Un macroadénome à GH qui survient avant la puberté provoquera une accélération de la croissance et un gigantisme. Chez l'adulte, il provoque une acromégalie, avec des signes caractéristiques (Point de révision 10.10). Elle survient de manière insidieuse car seuls 50 % des patients ou leur entourage le remarquent.

Pour les autres 50 %, c'est un médecin, une infirmière ou un étudiant en médecine qui posera le diagnostic lors d'une observation de routine. Les adénomes à CH étant souvent des macroadénomes, les patients peuvent également présenter des signes cliniques d'hypopituitarisme.

POINT DE RÉVISION **10.10**

Signes cliniques caractéristiques de l'acromégalie

- Augmentation de la taille des mains et des pieds
- Arcades orbitaires proéminentes
- Épaississement des lèvres et de la langue
- Plis naso-labiaux marqués
- Croissance mandibulaire (prognathisme)
- Troubles de l'articulé dentaire (dents inférieures en avant des supérieures)
- Agrandissement de la langue
- Hypersudation et peau grasse

Pathologies associées

- Syndrome du canal carpien
- Hypertension artérielle
- Diabète sucré
- Goitre
- Ostéoarthrite
- Cardiomégalie

Syndrome de Cushing

Bien que le syndrome de Cushing soit rare, il provoque fréquemment une prise de poids, une hypertension artérielle et un diabète. Ce syndrome résulte de l'exposition prolongée à un taux excessif de glu coco rticoïde, ce qui peut survenir de quatre manières différentes :

- une corticothérapie exogène;

POINT DE RÉVISION **10.11**

Comparaison des signes cliniques d'un syndrome de Cushing et d'une obésité nutritionnelle

	Syndrome de Cushing	*Obésité*
Distribution de la graisse	Abdominale	Généralisée
	« Face lunaire »	
	« Cou de bison »	
	Jambes minces	
Peau	Fine/fragile	Normale/épaissie
	Ecchymoses ++	Pas d'ecchymoses
	Vergetures pourpres de l'abdomen inférieur	Stries blanches
Muscles	Myopathie proximale	Normaux
Os	Osteoporose	Normaux
Hypertension artérielle	Oui	Possible
Diabète	Oui	Possible
Règles	Oligoménorrhée	Habituellement normales
Œdème	**++**	**+/-**

• une tumeur surrénalienne bénigne ou maligne produisant un excès de cortisol;
• une production ectopique d'ACTH par une tumeur non hypophysaire. La plus fréquente est un cancer à petites cellules du poumon ;
• un adénome hypophysaire sécrétant de l'ACTH. Les glandes surrénaliennes sont stimulées et augmentent souvent de taille.

Différencier un syndrome de Cushing d'une obésité nutritionnelle est cliniquement important, car le taux de mortalité est élevé dans les syndromes de Cushing non traités (Point de révision 10.11).
Des patients avec une production ectopique d'ACTH due à une tumeur ne survivent habituellement pas suffisamment longtemps pour développer les signes classiques du syndrome de Cushing. Ils pourront avoir des taux très élevés d'ACTH et développer une pigmentation généralisée. Les taux élevés de cortisol provoquent une hypokaliémie qui peut aggraver la myopathie sévère.

POINT DE RÉVISION **10.12**

Résumé : les maladies endocrines

Chez un patient présentant une soif, une polyurie et une perte de poids, une glycémie à la volée de plus de 11.1 mmol/litre confirme le diabète.

Les patients sont séparés en diabètes de type 1 (déficit absolu en insuline) et de type 2 (déficit relatif en insuline et insulinorésistance).

Les autres diabètes ont des causes pancréatiques, endocrines, iatrogènes et génétiques.

Au diagnostic, 50 % des patients diabétiques de type 2 ont des complications.

Les complications micro-vasculaires principales sont la rétinopathie, la neuropathie et la néphropathie.

Les maladies de la thyroïde et de l'hypophyse se présentent comme des troubles du volume, de la fonction ou des deux.

L'hyperthyroïdie dans la maladie de Basedow peut coexister avec une ophtalmopathie associée, ou en être distante de plusieurs années.

Une tumeur hypophysaire non sécrétante provoque un hypopituitarisme en détruisant le tissu hypophysaire normal.

• MALADIE SURRÉNALIENNE

Maladie d'Addison

La destruction auto-immune du cortex surrénalien provoque un déficit de sécrétion en glucocorticoïdes et en minéralocorticoïdes. Les principaux symptômes sont le malaise, l'anorexie et la perte de poids, avec des épisodes de douleurs abdominales. À l'examen, le patient est souvent maigre et atrophique avec une hypotension orthostatique due à une perte de sel et d'eau résultant du déficit en aldostérone. On observe une pigmentation généralisée de la peau (Fig. 2.7) dans 50 % des cas liés à l'ACTH et aux peptides de l'antéhypophyse, dont la sécrétion est augmentée en réponse à un taux trop faible de cortisol. La pigmentation est particulièrement remarquable dans les plis palmaires (Fig. 10.9), les zones de pression des vêtements et la muqueuse buccale.

Figure 10.9. Pigmentation des plis palmaires d'une maladie d'Addison.

11

Signes cliniques des maladies de la peau

La peau est un organe aux fonctions physiologiques vitales. Parce qu'elle est immédiatement visible, tout le monde souhaiterait que la sienne soit sans défaut. L'industrie cosmétique, qui brasse des milliards d'euros, est basée sur ce désir compréhensible et profond de perfection; il est alors aisé de comprendre que les maladies de la peau mettent une pression psychologique hors de proportion avec les effets que la maladie produit sur la fonction de la peau. Cette stigmatisation provoque fréquemment un embarras et un évitement des contacts sociaux et sexuels.

POINT DE RÉVISION 11.1

Réactions cutanées qui peuvent indiquer un trouble interne

Éruption	*Causes habituelles ou association*
Acanthose nigricans	Malignité (habituellement estomac)
Dermatomyosites	Malignité (ovaires, bronches)
Erytheme noueux	*Cf.* Fig. 11.1 et Point de révision 11.11
Ichtyose (acquise)	Malignité
Telangiectasias ungueales	Connectivités
Nécrobiose lipidique	Diabète sucré (Fig. 11.2)
Nodule	Maladie rhumatoïde (Fig. 11.3). Goutte (Fig. 17.1)
Myxoedème prétibial	Hyperthyroïdie (Fig. 11.4)
Pyoderma gangrenosa	Colite ulcéreuse (Fig. 11.4)
Livedo réticulé	Polyartérite noueuse
Xanthelasma	Hypercholestérolémique

On surestime souvent le fait que les signes cliniques cutanés sont des manifestations de maladies internes même si elles en révèlent certaines. Par exemple la pâleur d'une anémie, la transpiration excessive d'un phéochromocytome, la rougeur des joues d'une maladie mitrale, l'ictère d'une obstruction biliaire, plus simplement, l'âge et le sexe du patient sont des manifestations cliniques cutanées évidentes au premier coup d'œil. De plus, il existe des réactions spécifiques de la peau qui peuvent orienter vers des troubles internes, comme ceux qui sont présentés dans le Point de révision 11.1.

Le propos de ce chapitre n'est pas de décrire individuellement toutes les maladies dermatologiques, mais d'attirer l'attention sur les tableaux des réactions cutanées et de souligner les états qui permettent la construction raisonnée d'un diagnostic.

• HISTOIRE CLINIQUE

Lorsque vous prenez l'histoire clinique:

- Commencez par *bien écouter;*
- Soyez prêt à réunir les pièces de l'histoire du patient comme celles d'un puzzle;
- Ne soyez pas tenté de sauter l'interrogatoire, pour regarder rapidement la peau et poser un diagnostic rapide souvent erroné;
- Ne préjugez jamais de ce que le patient va vous dire - un adolescent avec une importante acné du visage peut venir consulter pour son pied d'athlète ou une femme âgée avec un cancer évident peut venir pour parler de son intertrigo. Vous les interrogerez plus tard sur les anomalies supplémentaires que vous avez notées.

Figure 11.1. Erytheme noueux. Voici la distribution caractéristique des nodules chauds et sensibles de la peau sur la face antérieure des tibias.

Figure 11.2. Nécrobiose lipidique. La topographie de cette complication relativement rare du diabète est typique.

Figure 11.3. Volumineux nodule rhumatoïde du coude. Cette lésion s'est ulcérée ultérieurement.

Figure 11.4. *Pyoderma gangrenosum* du genou d'une femme avec une rectocolite hémorragique. Cette lésion a cicatrisé trois semaines après la rectocolectomie totale.

De manière générale, les problèmes cutanés peuvent être divisés en deux grands groupes :

- les **tumeurs cutanées,** bénignes ou malignes, avec des tâches ou des anomalies localisées qui, quoique mineures, préoccupent grandement le patient (Fig. 11.5);
- des **éruptions généralisées,** ainsi que les atteintes des annexes de la peau comme les glandes sudoripares, les cheveux (Point de révision 11.2) et les ongles (Point de révision 11.3).

La plainte actuelle

Qu'elle est la raison de la consultation? Est-ce simplement l'apparence de l'éruption ou des symptômes associés? La démangeaison et l'inflammation ont-elles précédé toute manifestation visible? Quelle était l'aspect originel de la lésion ? L'évolution et le traitement, approprié ou inefficace, peuvent avoir grandement modifie l'aspect de la dermatose. Si l'atteinte est diffuse dans quelle région le phénomène a-t-il commencé? Une tâche ancienne a-t-elle soudainement changé?

Figure 11.5. Lésions de la paroi thoracique chez un patient avec une neurofibromatose. C'est heureusement le cas chez ce patient où les tumeurs étaient relativement minimes sur la peau du visage et affectaient peu le patient.

POINT DE RÉVISION **11.2**

Troubles des cheveux

PERTE DES CHEVEUX	
Généralisée	
Maladies graves	
Hypothyroïdie	
Hypopituitarisme	
Déficit en fer	
Médicaments	Particulièrement les cytotoxiques
Localisée	
Calvitie masculine	Distribution caractéristique
Pelade	Cuir chevelu d'aspect normal
Cicatrice	Perte des follicules pileux
Infections	Bactériennes et fungiques
Traumatique	Habitude, style capillaire
Lichen plan	Follicules avec bouchons cornés
Lupus érythémateux	Follicules avec bouchons cornés
HYPERPILOSITÉ (HYPERTRICHOSE)	
Généralisée	
Raciale	Sous-continent indien
Familiale	
Ovaires polykystiques	Souvent le seul symptôme
Anorexie mentale	Lanugo
Médicaments	Par exemple la cyclosporine
Androgène	Tumeur surrénalienne
Hyperplasie surrénalienne congénitale	
Localisée	
Naevoïde	
Maladies cutanées inflammatoires	
Occlusion	Par exemple le plâtre de Paris

POINT DE RÉVISION **11.3**

Pathologies des ongles

Affection	*Causes fréquentes*
Onycholyse (soulèvement du bord libre)	Psoriasis. Infections fungiques
Koilonychie (aspect en cuillère)	Déficit en fer (Fig. 40.1)
Ponctuations	Psoriasis (Fig. 11.6)
Stries longitudinales	Âge
Stries transversales (lignes de Beau)	Maladies systémiques (Fig. 11.7)
Onychogryphose (épaississement et torsion)	Traumatisme (Fig. 14.2)
Stries blanches	Infections fungiques
Ongles jaunes	Croissance lente
Hippocratisme	Maladies respiratoires

Figure 11.6. Atteinte unguéale du psoriasis. Onycholyse de l'ongle du médius et ponctuations de l'ongle de l'annulaire.

Les lésions qui sont cachées, derrière l'oreille ou dans le dos, peuvent avoir été découvertes pour la première fois par l'entourage si elles sont asymptomatiques. Y a-t-il une crainte d'un cancer de la peau?

POINT PRATIQUE

Les règles générales de l'examen s'appliquent quelle que soit la taille de la lésion. Ces règles vous permettront de distinguer un naevus bénin d'un mélanome malin, ou un dermatofibrome anodin d'un sarcome de Kaposi.

Durée d'évolution

De façon surprenante, vous constaterez qu'il est très difficile d'avoir une idée précise de la durée d'évolution des lésions cutanées. C'est particulièrement vrai pour les tumeurs cutanées, et dans d'autres situations évidentes dans lesquelles les lésions sont visibles. Généralement, les patients ont tendance à sous-estimer la durée de présence des lésions, probablement par embarras et dans la crainte de reproches s'ils ont tardé à consulter.

Évolution ultérieure

Qu'est-il arrivé à ces lésions depuis le début? Les lésions originales ont-elles disparu? Ont-elles été remplacées par d'autres ou y a-t-il eu une extension inexorable? L'extension a-t-elle été rapide? La zone touchée a-t-elle fluctué, retournant parfois à la normale, ou est-ce persistant? Les lésions sont-elles apparues par poussées? L'extension suit-elle un schéma particulier? Se sont-elles étendues du tronc vers les extrémités ou l'inverse?

Il faudra noter d'éventuelles desquamations, bulles, suintements, saignements, et surtout démangeaisons (prurit). Si le prurit est présent, il faut noter sa périodicité, ses facteurs d'exacerbation et d'apaisement. Les principales causes d'un prurit généralisé et certains exemples démonstratifs de prurit localisé sont présentés dans le Point de révision 11.4. Les éruptions qui commencent, par exemple, par une bulle, peuvent évoluer vers une érosion ou un ulcère.

Figure 11.7. Bandes blanches sur les ongles d'une patiente ayant subi de nombreuses cures de chimiothérapie pour une leucémie aiguë lymphoblastique. Les lignes de Beau sont des dépressions transversales des ongles liées à un défaut de croissance pendant les maladies graves.

Figure 11.8. Herpès de la paroi thoracique chez une femme traitée pour un lymphome.

Applications topiques

Sans tenir compte de ce qui a été prescrit, il est rare qu'un patient n'ait *rien* appliqué sur une éruption avant de solliciter un avis médical : les fréquentes protestations de déni sont contredites par l'odeur des produits de consommation familiale. Ce que vous pouvez voir le jour de la consultation peut être le résultat de l'automédication ou d'un traitement inadapté, les conditions initiales s'étant modifiées de façon importante.

Informations complémentaires

Précédentes maladies cutanées

L'histoire peut remonter jusqu'à la naissance. Certaines ichtyoses peuvent être sévères en période néonatale (« enfant collodion ») mais s'améliorent considérablement par la suite. D'autres, comme l'eczéma atopique, peuvent évoluer durant une année ou deux mais elles peuvent rechuter à l'âge adulte.

Autres maladies

Il peut être important de noter les maladies anciennes et actuelles, ainsi que les médicaments prescrits (Fig. 11.8). Certains troubles reconnaissables dus à des maladies systémiques sont présentés dans le Point de révision 11.1, et certaines éruptions caractéristiques d'origine médicamenteuse sont présentées dans le Point de révision 11.5.

Histoire familiale et sociale

Les enquêtes concernant d'autres membres atteints de la famille peuvent apporter des informations, non seulement sur des maladies génétiques, mais aussi des maladies contagieuses banales comme l'impétigo, les teignes ou la gale qui ont pu se transmettre au sein de la famille et aux amis.

Facteurs géographiques

La France est une société multiraciale et les voyages lointains sont faciles. Des infections tro-

Figure 11.9. Pityriasis versicolore. Éruption fréquence chez ceux qui travaillent dans des environnements chauds. Noter la taille variable des lésions.

picales inhabituelles, y compris le virus d'immunodéficience humaine, peuvent être contractées même au cours d'un séjour très bref dans les zones endémiques. Pour les patients à la peau claire, habiter pendant de longues périodes dans des climats chauds et humides peut causer bien des problèmes (Fig. 11.1). Beaucoup de modifications cutanées attribués à l'âge (Point de révision 11.6) sont en fait le résultat de lésions solaires bien que la protection du rayonnement solaire ne soit pas un conseil très populaire sur les plages de Méditerranée. Les effets sont cumulatifs et l'on pense que l'exposition dans l'enfance peut être plus délétère que chez l'adulte.

POINT DE RÉVISION **11.4**

Causes de prurit

GÉNÉRALISÉ	
Dû à une maladie cutanée	*Exemples*
Infections/infestation	Teignes, gale, pédiculose, morsures d'insectes
Eczéma de tout type	
Autres	Lichen plan (Fig. 11.10), urticaire, miliaire rouge, dermatite herpétiforme, pityriasis rosé de Gibert
Idiopathique	Prurit sénile
Dû à une atteinte générale	
Choléstase	
Insuffisance rénale	
Polycythémie	
Déficit en fer	
Lymphome	
LOCALISÉ	
Paupières	Eczéma allergique aux cosmétiques
Région périanale	Idiopathique, hémorroïdes
Jambe	Eczéma astéatotique ou craquelé
Vulve	Candidose
Cuir chevelu (chez l'enfant)	Pédiculose
Membres	Morsures d'insectes.

Figure 11.10. Lichen plan. Éruptions prurigineuses habituellement observées sur les faces antérieures de flexion du poignet. Ces lésions peuvent avoir une forme polygonale.

Activité professionnelle

Les maladies cutanées sont l'une des premières causes de demandes d'indemnités pour maladie professionnelle. Beaucoup de produits chimiques industriels peuvent irriter la peau et provoquer une allergie. Il est donc essentiel d'obtenir des précisions sur le type de profession et les condi-

POINT DE RÉVISION **11.5**

Éruptions d'origine médicamenteuse

Type d'éruption	*Etiologies commune*
Acnéiforme	Steroides anabolisants
Alopécie	Cyclophosphamide, autres cytotoxiques. sulfamides
Erythème polymorphe	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
Éruption pigmentée fise fixée	Phénophtaléine, sulfamides
Lichénoide	Sels d'or, anti-paludéens
Photosensibilité	Cyclines, phénothiazines
Urticaire	Pénicilline

tions de travail. Quiconque s'intéresse aux problèmes cutanés ne manquera aucune opportunité de visiter les entreprises locales pour se rendre compte par lui-même de ce qui s'y passe; la connaissance des pratiques et des termes techniques contribue grandement à la qualité de la relation médecin-patient.

POINT DE RÉVISION **11.6**

Effets de l'âge sur la peau

Réduction globale de	
L'épaisseur épidermique	
La densité des cheveux	
La pigmentation	Particulièrement des poils
La fonction sudoripare	Irréversible
L'activité des glandes sébacées	
Le tissu élastique	Particulièrement des zones exposées au soleil
Modification globale non spécifique	
Peau sèche	
Prurit	
Eczéma des membres inférieurs	Fig. 11.11
Maladies de la station debout	
Lésions locales	
Purpura	Suite à un traumatisme mineur
Télangiectasies	Zones exposées à la lumière
Tumeurs bénignes	
Télangiectasies de Campbell de Morgon	Après l'âge de vingt ans
Kératoses séborrhéiques	
Lentigine	Zones exposées à la lumière
Tumeurs précancéreuses	
Kératoses solaires	Soleil tropical surtout
Lentigo malin	Croissance très lente
Tumeurs malignes	
Carcinome basocellulaire	Zones exposées à la lumière
Carcinome spinocellulare	Zones exposées à la lumière

Figure 11.11. Modifications cutanées chroniques chez un homme âgé qui est resté alité.

Loisirs

Il faut toujours penser qu'ils aussi peuvent occasionner des maladies cutanées.

• EXAMEN CLINIQUE

Si l'inspection est, naturellement, une étape incontournable, la palpation aussi est importante, non seulement pour aider au diagnostic, mais pour rassurer le patient qui ne doit pas craindre sa maladie cutanée.

Inspection

Distribution des lésions

Faites toujours un examen complet de la peau chez un patient complètement dévêtu et dans une luminosité suffisante. Fiez-vous à votre bon

POINT DE RÉVISION **11.7**

Causes de l'hypopigmentation

Généralisées	
Albinisme	Complète
Hypopituitarisme	Relative
Vitiligo	Lésions confluentes en fin d'évolution
Localisées	
Piébaldisme	Congénitale
Sclérose tubéreuse de Bourneville	Congénitale
Vitiligo	Acquis
Post-traumatique	Cicatrice, toute cause
Lèpre	Avec anesthésie locale
Morphée	+ épaississement (sclerodermie localisée ou en plaques)

POINT DE RÉVISION **11.8**

Causes de l'hyperpigmentation

Généralisée	
Raciale	
Bronzage	
Grossesse	
Maladie d'Addison	Pigmentation généralisée des zones particulièrement exposées (Fig. 2.7) avec des taches brunes sur la muqueuse buccale
Insuffisance rénale	
Cachexie	
Hémochromatose	
latrogène	Par exemple avec le Busulphan
Localisée	
Tâches de rousseur	Dans les zones exposées à la lumière
La lentigo	Vieillesse
Chloasma	Grossesse et pilules contraceptives
Tâches café au lait	S'il y a plus de 6 tâches, pensez à la neurofibromatose
Peutz-Jeghers	Périorale
Post-inflammatoire	Étiologie fréquente
Acanthose nigricans	Hyperkératose des plis de flexion axillaire/autres

sens quant aux parties qui doivent être exposées, et non à des affirmations telles que « ça ne touche que les mains et les jambes », qui peuvent exprimer une gêne au déshabillage. Des signes diagnostiques vitaux peuvent ainsi être masqués.

POINT DE RÉVISION **11.9**

Causes de l'érythrodermie

Psoriasis	Le plus fréquent
Eczéma	De tout type
Érythème toxique	Par exemple, affections virales
Allergie médicamenteuse	
Lymphome	Rare
Leucémie lymphoïde chronique	Rare
Inconnue	Observée occasionnellement chez l'homme âgé

L'inspection débute vraiment par des observations générales :

- Quelle est la couleur habituelle de la peau? Est-elle normale, hypopigmentée (Point de révision 11.7), hyperpigmentée (Point de révision 11.8), habituellement rouge ou érythrodermique (Point de révision 11.9)?
- Quelle est la répartition des lésions sur la surface cutanée? Est-ce symétrique? N'y en a-t-il davantage dans les plis de flexion ou d'extension des articulations? Est-elle limitée aux parties découvertes ce qui oriente vers une photosensibilité (Point de révision 11.10), et une réaction comme un eczéma de contact vers des facteurs environnementaux ?

Examinez la totalité du revêtement cutané y compris les ongles et leurs replis, les cheveux et le cuir chevelu, les oreilles, les méats auditifs externes et la bouche (cf. chapitre 6). Inspectez tous les plis y compris axillaire, ombilical, inframammaire, ainsi que les régions génitale et périanale. Enfin, même si le patient est hésitant, retirez les chaussettes, regardez les pieds et entre les orteils.

POINT DE RÉVISION **11.10**

Causes de la photosensibilité

Génétique	
Albinisme	Absence totale de mélanine
Métaboliques, nutritionnelles	
Porphyries	Sauf porphyrie aiguë intermittente
Troubles du métabolisme du tryptophane	Par exemple, pellagre
Iatrogènes	
Phénothiazines	
Tétracyclines et dérivés	
Diurétiques thiazidiques	
Piroxicam et autres AINS	
Quinolones	
Idiopathiques	
Lucite polymorphe	Chez les femmes jeunes
Urticaire solaire	
Actinoréticulose « actinite réticuloïde »]	Chez les hommes âgés
Photosensibilisation topique	
Chimique	Par exemple les parfums
Conditions aggravées par la lumière	
LED	
LED discoïde	
Psoriasis	Au cours des phases actives

LED: Lupus érythémateux disséminé: LEC, Lupus érythémateux chronique discoïde.
AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Morphologie

Après avoir déterminé la répartition générale des lésions, il est nécessaire de les examiner individuellement. Une nomenclature a été développée pour simplifier la description des lésions.

- Une lésion visible mais non palpable (comme une tâche de rousseur) est appelée une *macule;*
- Une lésion visible et palpable est appelée une *papule ;*
- Une lésion visible, palpable et extensive est une *plaque;*
- Une lésion visible, palpable, extensive et profonde est un *nodule;*
- Un œdème sans modification de l'épidémie superficiel provoque une *plaque œdémateuse*.

Les bulles remplies de liquide de la peau sont arbitrairement classées, selon leur taille, les petites étant des vésicules et les grandes, des bulles. La survenue de bulle est un signe d'examen important survenant dans différentes maladies:

- la pemphigoïde dans laquelle surviennent toujours des bulles;
- l'érythème polymorphe dans lequel la survenue de bulles est inconstante;
- pustules qui contiennent des débris, des leucocytes, des micro-organismes et du liquide, mais qui ne sont pas forcément le signe d'une infection ; les pustules de psoriasis, par exemple, sont stériles;
- une érosion, due à une perte de l'épiderme, et un écoulement consécutif à une sérosité qui, en séchant, forme une croûte. Les érosions évoluent sans altération de la peau, mais les ulcères étendus au derme cicatriseront;
- une desquamation, due à une accumulation de kératine, normale ou non, à la surface de la peau. Elle peut représenter le seul signe, comme dans certaines ichtyoses, ou être accompagnée d'une inflammation (psoriasis);
- la desquamation qui est due à la chute de la couche cornée et peut accompagner une atteinte inflammatoire comme un exanthème, une réaction médicamenteuse ou une cellulite sous-jacente.

La périphérie de la lésion

Les bords de chaque lésion doivent être examinés avec attention. Certaines affections donneront des lésions aux bords contrastant nettement avec la peau normale, alors que pour d'autres la transition est floue (bords irréguliers [NdT]).

- Un bord convexe indique la direction de l'extension;
- Lorsque plusieurs lésions confluent pour former de plus larges plaques, les bords apparaissent festonnés ;

• Le lichen plan (Fig. 11.10) est typiquement limité par de fines sties de peau produisant des lésions polygonales;

POINT PRATIQUE

Les lésions bulleuses sont un signe clinique important.
Les « bulles » *surviennent dans :*
La pemphigoïde: toujours;
L'érythème polymorphe: occasionnellement;
Le psoriasis : jamais de bulles mais des pustules stériles parfois (NdT).

POINT PRATIQUE

Méfiez-vous des patients qui vous parlent de « cloques » cutanées, ce terme est souvent utilisé pour parler d'une plaque œdémateuse et non pas d'une lésion contenant du liquide. Clarifiez ce point.

• Si la peau au centre de la lésion revient à la normale alors que la lésion s'étend, celle-ci prend un aspect annulaire. Bien qu'évocateur d'une mycose, ce n'est pas pathognomonique (Fig. 11.12);
• Un aspect linéaire peut signifier soit une affection des structures sous-jacentes, soit une réponse à des facteurs externes, comme dans le phénomène de Kœbner dans lequel un traumatisme non spécifique, comme une griffure, devient le siège d'une dermatose spécifique. Ceci est fréquent dans le psoriasis;
• Des changements chroniques extensifs des membres inférieurs peuvent être dus à l'immobilité.

Couleur

Des nuances subtiles dans l'analyse de l'érythème au cours de maladies différentes peuvent être très utiles pour le diagnostic, mais requièrent une grande expérience. Les situations sont identiques quand il faut interpréter les modifications de couleurs sur une peau noire sur laquelle une rougeur n'est pas évidente. De manière générale:
• un érythème rouge vif indique une dermatose en poussée - lors de l'amélioration, les

Figure 11.12. Mycose (dermatophytie de la peau glabre). Noter les bords caractéristiques.

lésions deviennent plus pâles et la rougeur peut être remplacée par une pigmentation post-inflammatoire qui peut persister de nombreux mois;
• un érythème apparaissant sous un épiderme épaissi aura tendance à prendre une teinte légèrement violacée;
• une télangiectasie peut être distinguée d'un purpura et d'une pétéchie car elle blanchit à la vitropression, c'est-à-dire en regardant à travers une lame de verre appuyée sur la lésion cutanée.

POINT PRATIQUE

Une dermatose en poussée se manifeste par un érythème rouge vif et un bord convexe indique la direction de l'extension.

Texture

Il est difficile de déterminer si la surface d'une lésion est squameuse ou non; il peut être utile de nettoyer la graisse de surface avec de l'éther. S'il y a des squames, cachant la base de la lésion, une goutte d'huile peut être déposée en surface. Dans le psoriasis, les squames sont caractéristiques devenant blancs argentés lors du grattage

Palpation

Elle ne doit jamais être oubliée. C'est rassurant pour le patient de savoir que vous n'êtes pas effrayé de toucher sa peau. Un exanthème étendu est tout aussi embarrassant pour le patient que pour n'importe lequel d'entre nous. Les patients ayant une maladie cutanée ne sont

pas un sous-groupe particulier de l'humanité. Leur entourage et leur famille auront peut-être déjà pris leurs distances, et l'activité sexuelle peut avoir disparu ; la moindre chose à faire de la part du médecin est de ne pas confirmer leur « intouchabilité ».

La palpation fournit également beaucoup d'informations. La peau peut être épaissie et il faudra préciser si c'est aux dépens du derme ou de l'épiderme. La lésion peut être plus étendue qu'il n'y paraît, être calcifiée ou kystique, plus froide ou plus chaude que la peau environnante comme dans l'érythème noueux (Point de révision 11.11 et Fig. 11.1), ou encore atrophique avec perte du collagène dermique.

Les éventuelles croûtes doivent être ôtées sur une des lésions pour permettre un examen de la surface sous-jacente. Comme elles adhèrent faiblement à la surface, il est facile de les enlever ce qui permet de les différentier de la kératine d'une hyperkératose qui fait partie intégrante de la lésion et qui elle, ne peut pas être facilement détachée.

POINT DE RÉVISION **11.11**

Quelques causes de l'érythème noueux

Infection	
Streptocoque	Parfois récidivant
Tuberculose	Débutante seulement, sévère
Mycoses profondes	
Dermatophytie (mycose) (situation rarissime ndt)	
Sarcoïdose	
Maladie de Crohn	
Rectocolite ulcéro-hémorragique	
Sulphamides	
Malignité	Après radiothérapie
Inconnue	Peut être persistant

POINT DE RÉVISION **11.12**

Résumé

Apprenez la nomenclature de base utilisée pour décrire les lésions cutanées. Ne sous-estimez jamais les problèmes psychologiques liés aux maladies cutanées.

Assurez-vous d'avoir recueilli l'histoire et les antécédents complets.

L'histoire familiale, sociale et professionnelle peut apporter des informations vitales.

Examinez la totalité de la surface cutanée.

Observez la distribution des lésions à la surface cutanée.

Examinez attentivement la morphologie des lésions cutanées.

La palpation est un moment important de l'examen clinique.

• EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

S'il n'est pas possible de poser un diagnostic par les seuls arguments cliniques, il peut être nécessaire d'indiquer des examens complémentaires. De simples recherches doivent être considérées comme le prolongement de l'examen clinique:

- isoler un acarus dans la gale;
- trouver des filaments fongiques dans une mycose de la peau glabre (dermatophytie) ou une teigne (mycose du cuir chevelu) ;
- utiliser la lumière de Wood pour détecter une fluorescence ou des zones d'hypopigmentation ;
- rechercher une allergie par des tests épicutanés *[patchs-tests)* ou des *prick-tests ;*
- faire une biopsie de la peau pour un examen au microscope optique et en immunofluorescence;
- demander des examens microbiologiques, hématologiques, immunologiques ou biochimiques si nécessaire.

Comment examiner un patient gravement malade ?

12

Un patient atteint d'une maladie aigüe et tombant gravement malade en quelques minutes ou quelques heures, ou encore un patient admis dans cet état, met à rude épreuve les capacités diagnostiques de tout médecin. Il n'y a pas de temps à perdre, parfois vous n'aurez le temps ni de recueillir une histoire détaillée (et il peut n'y en avoir aucune de disponible), ni d'examiner complètement le patient. Votre démarche diagnostique est dictée par les circonstances, en particulier l'âge du patient et la vitesse d'apparition des signes.

Commencez par identifier le syndrome clinique qui domine le tableau clinique. Est-ce:

- un choc?
- de la fièvre ?
- une hypothermie?
- une détresse respiratoire?
- une intoxication?
- un trouble de la conscience *{cf.* chapitre 15)?

• CHOC

Un patient en état de choc peut:

- être froid avec une peau moite;
- être agité et sans cesse en mouvement;
- avoir un pouls rapide et filant;
- être hypotendu;
- avoir des signes de mauvaise circulation périphérique.

Reconnaître un choc implique que votre patient soit dans un état critique et que vous alliez de l'avant rapidement, en posant des questions directes et en recherchant des signes appropriés (Point de révision 12.1).

Choc cardiogénique

Chez un patient âgé ou d'âge moyen, la cause la plus probable est celle d'une défaillance de la pompe par un infarctus myocardique, une tamponnade ou une dissection aortique. La douleur peut être absente du tableau d'infarctus myocardique, surtout chez la personne âgée ou diabétique.

Choc hypovolémique

La perte abondante de sang par une hémorragie digestive est généralement facilement reconnaissable, par une pâleur, une hypotension et une tachycardie. Elle n'accompagne pas nécessairement une hématémèse ou un méléna (Fig. 12.1). Un saignement abondant d'un ulcère duodénal peut mettre du temps à franchir le tractus intestinal avant de se manifester par un méléna franc.

Le choc hypovolémique peut être dû à la perte de sel et d'eau au cours de nombreuses situations cliniques comme la gastro-entérite, le choléra, l'occlusion intestinale, l'épuisement à la chaleur et l'insuffisance surrénalienne aiguë. Les signes cliniques dominants sont la présence d'un pli cutané et la sécheresse de la langue.

Choc septique

Au cours des premières étapes de l'évolution d'un choc septique, l'apparence du patient est très différente des autres types de choc. Le patient peut ne pas paraître très affecté alors qu'il l'est, ses yeux sont brillants, sa peau chaude et le pouls bondissant. Ce tableau clinique est habituellement

POINT DE RÉVISION 12.1

Causes fréquentes de choc

Mécanisme	*Diagnostic possible*	Que *demander?*	*Signes à rechercher*
Choc cardiogénique	Infarctus du myocarde	ATCD cardiaques, surtout angor Tabagisme Diabète HTA	Hypoperfusion Insuffisance ventriculaire gauche Tachycardie Troubles du rythme
	Dissection ou rupture d'anévrisme	Comme ci-dessus mais pensez à l'anévrisme en cas de douleur dorsale	Pouls périphériques absents ou variables Baisse TA diastolique à un bras
Choc hypovolémique			
-Sang	Saignement digestif	Antécédents de dyspepsie ou d'ulcère Alcoolisme Atteintes hépatiques	Méléna Stigmates de MHC Hépato-splénomégalie
- Eau et électrolytes	Gastro-entérite Diarrhée Vomissement	Sites possibles de perte de fluide	Peau fripée Langue sèche Globes oculaires déprimés
Choc septique	Septicémie à Gram négatif	Associée à une chirurgie récente du tube digestif	Peau rouge, yeux brillants, extrémités chaudes Pouls bondissant
Choc anaphylactique	Injections, piqûres	Détails de l'incident Épisodes antérieurs similaires	Bronchospasme Vasodilatation Urticaire
Choc chirurgical	Rupture d'un viscère Pancréatite	Chapitre 27	Défense abdominale Douleur à la dépression Borborygmes absents

MHC: maladie hépatique chronique.

celui d'une infection à Gram négatif survenant après une chirurgie digestive ou génito-urinaire.

Choc anaphylactique

Le facteur causal, comme une injection ou une piqûre d'insecte, est habituellement évident. Le syndrome clinique est dû à une libération massive d'histamine et d'autres facteurs qui provoquent une vasodilatation. Il y a une hypovolémie fonctionnelle (fuite capillaire) avec une perfusion périphérique faible.

Choc chirurgical

Dans ces circonstances, le syndrome clinique est dominé par la perforation d'un ulcère duodénal.

- **FIÈVRE**

C'est habituellement le signe de présentation d'un patient gravement atteint d'une infection microbienne. La majorité de ces infections surviennent en quelques heures, une journée ou deux, mais certaines, comme les abcès hépatiques, l'endocardite bactérienne subaiguë et la tuberculose, peuvent avoir un début plus progressif.

Il est utile de se souvenir de certains points généraux chez un patient fébrile grave :

- Une rigidité ou des frissons surviennent habituellement au début des infections bactériennes des voies biliaires (angiocholite), urinaires ou pulmonaires;
- Les contractures peuvent survenir sous les tropiques ou au retour d'un voyage; c'est un paludisme jusqu'à preuve du contraire;

Figure 12.1. Signes à rechercher chez un patient en choc dû à un saignement digestif abondant.

- Certaines fièvres ont un aspect caractéristique qui peut aider au diagnostic. Par exemple, la fièvre de la brucellose peut-être rémittente, et dans la dengue, la fièvre peut avoir un aspect biphasique;
- Dans une pneumonie lobaire non traitée, la fièvre tombera rapidement au cours de la récupération clinique;
- Des sueurs nocturnes peuvent être dues à une tuberculose ou une maladie non infectieuse comme le lymphome;
- La septicémie à méningocoque peut présenter une évolution fulminante conduisant au décès en 24 heures en dépit d'un traitement rapide et approprié;
- Pensez à la possibilité d'une atteinte par le virus du sida chez une personne jeune avec une atteinte fébrile inhabituelle;
- Les réponses fébriles à l'infection peuvent être atténuées chez les personnes âgées.

POINT PRATIQUE

La chute de la pression artérielle à la station assise (chute posturale) oriente vers une hypovolémie.

Rappelez-vous que tout patient avec de la fièvre n'a pas forcément une infection microbienne. Alors que les causes non infectieuses de fièvre ont un début progressif, certaines comme les

lymphomes malins et les polyarterites peuvent avoir un début étonnamment aigu.

POINT DE RÉVISION **12.2**

Signes cliniques de fièvre

Rougeur faciale

Sueurs, particulièrement nocturnes

Sueurs nocturnes de certaines fièvres comme la tuberculose

Tachycardie (mais la bradycardie existe dans certaines fièvres comme la typhoïde)

Herpès labial

Delirium (température supérieure à 39 °C chez l'enfant et 40 °C chez l'adulte)

Une température centrale supérieure à 42 °C peut provoquer une rhabdomyolyse, un coma et le décès.

• HYPOTHERMIE

Alors que la majorité des cas d'hypothermie sont dus à des causes évidentes comme l'exposition au froid ou l'immersion, c'est un facteur aggravant majeur chez le patient gravement atteint, en particulier chez les personnes âgées. Il est essentiel de mesurer la température centrale en utilisant un thermomètre rectal ou auriculaire. L'hypothermie peut compliquer:

- une hypothyroïdie;
- une hypoglycémie et un hypopituitarisme;
- une malnutrition sévère;
- toute maladie grave, par exemple AVC, acidocétose diabétique, ou septicémie;
- un surdosage médicamenteux, par exemple alcool, phénothiazines, ou narcotiques;
- des blessures, accidentelles ou chirurgicales.

Les signes d'hypothermie sont illustrés dans la figure 12.2.

• INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

Chez les patients gravement atteints, l'insuffisance respiratoire peut être la cause initiale de la maladie ou juste un facteur contribuant à détériorer l'état précaire du patient.
Alors que la maladie pulmonaire est, d'une manière ou d'une autre, la cause la plus fréquente d'insuffisance respiratoire, celle-ci peut être rencontrée dans une grande variété de tableaux cliniques:

- arrêt cardiaque ;
- insuffisance ventriculaire gauche;
- insuffisance rénale;
- coma hépatique;

Figure 12.2. Signes d'hypothermie.

- trauma thoracique;
- intoxication;
- maladies neurologiques graves.

POINT PRATIQUE

L'insuffisance respiratoire fait souvent partie du tableau clinique des pathologies engageant le pronostic vital.

Le syndrome d'insuffisance respiratoire est défini par la présence d'une hypoxémie et/ou d'une hypercapnie dues à l'atteinte respiratoire et observées au repos. Bien que l'hypoxie et l'hypercapnie soient souvent associées, elles peuvent survenir indépendamment (Point de révision 12.**3).** L'analyse des gaz du sang est essentielle pour une prise en charge adaptée.

Aspects cliniques

Hypoxémie. La présence et le degré de l'hypoxie ne peuvent être correctement mesurés que par les gaz du sang. L'aspect clinique, quoique très important, n'est pas spécifique. Le tableau clinique comprend :

- des signes neurologiques: agitation, fatigue, insomnie, confusion et troubles du comportement évoluant vers des troubles de conscience et éventuellement le décès;
- une tachycardie et une augmentation du débit cardiaque; toutefois, un arrêt respiratoire hypoxémique peut être précédé d'une bradycardie;
- une hyperventilation;
- une cyanose *(cf.* chapitre 5).

Hypercapnie. Là encore, l'aspect clinique est non spécifique et doit être évalué directement par la mesure des gaz du sang. Toutefois, l'hypercapnie peut être suspectée cliniquement par un « flapping tremor », une vasodilatation manifestée par des extrémités chaudes, un pouls bondissant, un œdème papillaire, une somnolence, une confusion et des céphalées.

POINT PRATIQUE

Beaucoup de patients recevront de l'oxygène au cours de leur transport à l'hôpital, ce qui peut masquer des signes d'hypoxémie antérieure (par exemple, la cyanose). Les patients avec une maladie pulmonaire chronique obstructive ne doivent pas être privés de cet apport en oxygène.

• INTOXICATION

Suicide par intoxication

Cette circonstance est le motif le plus fréquent d'admission aux services d'urgence des hôpitaux des pays occidentaux. Bien que les formes de présentations varient très largement selon le type et la quantité de médicaments pris, il faut évoquer cette cause devant tout patient aigu avec des troubles de la conscience. Les tableaux cliniques observés en France sont présentés dans le Point de révision 12.4.

POINT DE RÉVISION **12.3**

Causes de l'insuffisance respiratoire

Déficit des échanges gazeux	*Déficit ventilatoire*
Hypoxémie sans hypercapnie:	Hypercapnie souvent avec hypoxie :
- Atteintes des voies aériennes : asthme, emphysème, bronchique chronique ;	- Atteinte de la paroi thoracique: trauma, déformations;
- Maladies vasculaires: thromboembolique;	- Atteinte de la commande centrale: intoxication, maladies neurologiques ;
- Maladies du parenchyme pulmonaire : pneumonie, fibrose pulmonaire, oedeme pulmonaire, alvéolite.	- Atteinte neuromusculaire : poliomyélite ;
	- Troubles mécaniques inspiratoires : obstruction sévère.

Autres causes d'intoxication

Les médecins peuvent méconnaître la possibilité d'une intoxication (qu'elle soit accidentelle, professionnelle ou intentionnelle) devant un patient en phase aiguë. Les substances hautement toxiques sont le cyanure, l'arsenic, le thallium, le monoxyde de carbone et les pesticides comme le paraquat et les organophosphorés. Les signes cliniques d'intoxication à ces substances ne font pas partie des objectifs de cet ouvrage, mais envisagez ce cas chez tout patient gravement atteint pour qui vous n'arrivez pas à poser un diagnostic.

POINT PRATIQUE

Pensez à une intoxication chez :

Tout patient gravement atteint chez qui vous n'arrivez pas à poser un diagnostic ;
Tout patient gravement atteint avec des troubles de la conscience.

L'intoxication peut être :

Suicidaire
Accidentelle
Professionnelle
Criminelle

POINT DE RÉVISION **12.4**

Signes cliniques des intoxications en France

Substance ingérée	*Groupes touchés*	*Présentation clinique*
Alcool	Tous, à partir de l'adolescence	Ataxie, dysarthrie, nystagmus évoluant vers le coma, problèmes liés à l'aspiration du contenu gastrique
Analgésiques non opiacés	Tous, intoxication accidentelle chez l'enfant	
- Aspirine	Plus fréquent dans les groupes plus âgés	Hyperventilation, vasodilatation, sueurs, vertiges, surdité, coma rare
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Plus fréquent dans les groupes plus âgés	Nausées et vomissements, toxicité sévère inhabituelle
- Paracétamol	Tous	10 à 15g suffisent à provoquer une nécrose hépatocellulaire
Analgésiques opiacés	Toxicomanes	Dépression respiratoire et coma
Antidépresseurs	Patients traités pour une dépression chronique	Hypotension, hyperréflexie, convulsions, troubles du rythme
Bêta-bloquants	Intoxication accidentelle chez l'enfant	Variable selon les préparations mais un surdosage massif provoque une bradycardie et une hypotension
Sels de Fer	Intoxication accidentelle chez l'enfant	Nausées, vomissements, hémorragie digestive, coma et nécrose hépatocellulaire
Hypnotiques et Anxiolytiques		
- Barbituriques	Moins prescrits actuellement, donc intoxication plus rare	Somnolence, dépression respiratoire et coma
- Benzodiazépines	Tous	Somnolence et ataxie, coma prolongé inhabituel
Théophylline	Tout groupe mais prédisposition chez les patients traités pour l'asthme	Vomissements, agitation, tachycardie, puis troubles du rythme
Phénothiazines	Surtout les patients traités depuis longtemps pour une psychose	Arythmies et hypotension, réactions dystoniques

POINT DE RÉVISION **12.5**

Patients nécessitant une hospitalisation en réanimation

Patients suspectés de septicémie à méningocoque (Fig. 12.3)

Patients intoxiqués avec des niveaux altérées de conscience et d'arythmies, tachycardie incluse (plus de 120/min)

États de mal épileptique

États de somnolence avancée

Patients avec des signes d'inhalation

Patients neurologiques, agités avec une contusion cérébrale, une hypoxie méconnue ou une intoxication

Traumatismes crâniens avec un score de Glasgow de 10 se dégradant rapidement

Patients asthmatiques ne répondant plus à la thérapeutique maximale, s'épuisant, ou avec une $PaC0_2$ élevée/normale

Figure 12.3. Purpura d'une septicémie à méningocoque. Chez ce patient ce fut le seul signe orientant le diagnostic, avec une fièvre élevée.

• MALADIES AIGUËS OU CRITIQUES NÉCESSITANT DES SOINS INTENSIFS

Tout comme vous devez être capable d'identifier des patients gravement atteints, vous devez aussi connaître les circonstances ou les conditions dans lesquelles il vous faudra contacter une unité de réanimation. (Point de révision 12.5). Ceci ne sous-entend pas forcément une ventilation assistée mais souligne les situations extrêmement dangereuses.

13

Les patients âgés confus

• CONSEILS GÉNÉRAUX

Ayez l'esprit ouvert! Quand un « patient âgé confus » est admis à l'hôpital, les esprits se referment et l'on pense tout de suite à la manière d'éviter d'avoir à bloquer un lit. Toutefois, la vie ou la mort du patient peut dépendre d'une prise en charge correcte.
Quand vous évaluez un patient qui paraît confus, voici les diagnostics différentiels qui viennent à l'esprit:

- état confusionnel transitoire : alors qu'à première vue ceci ressemble à une démence, cette situation peut être réversible;
- démence : même lorsqu'elle est établie, il reste encore beaucoup à faire pour savoir ce qui peut être « réparé ».

La confusion ou le delirium est une réaction non spécifique du cerveau à une grande variété de stimuli agressifs (Fig. 13.1). Au grand âge (comme chez les enfants très jeunes), la confusion peut apparaître à un seuil plus bas que la normale.

Figure 13.1. Les médicaments, prescrits ou non, sont les causes les plus fréquentes des états confusionnels. Cette collection de comprimés « accompagnait » une femme âgée admise pour un état confusionnel.

Vous devez considérer l'état de confusion chez la personne âgée comme un mode de présentation banal et non spécifique de presque toutes les atteintes physiques ou mentales. Beaucoup de personnes âgées sont mentalement et physiquement ralenties et peuvent être sourdes, ou parfois dysphasiques; ces symptômes peuvent conduire à un diagnostic erroné de confusion.

POINT PRATIQUE

Les personnes âgées deviennent facilement confuses quand elles sont malades ou prennent des médicaments.

Dans ce chapitre, nous utiliserons le genre féminin, car la plupart des personnes âgées confuses sont très âgées, et la plupart des personnes très âgées sont des femmes.

• À FAIRE ET À NE PAS FAIRE

Avec l'âge, les personnes ont de plus en plus de mal à assimiler de nouvelles informations et à s'habituer à de nouveaux visages et à de nouveaux environnements. Prenez votre temps. Ne précipitez ni la prise des antécédents, ni l'examen clinique. Quand vous évaluez l'état d'une personne âgée, assurez-vous :

- de le faire, autant que possible, à son domicile;
- qu'elle ait bien chaud, et qu'elle soit installée dans une position confortable et appropriée;
- qu'elle porte des lunettes propres et que sa prothèse auditive fonctionne;
- qu'elle ait la possibilité de vider sa vessie si nécessaire.

Référez-vous au Point de révision 13.1 ci-après.

POINT DE RÉVISION 13.1

Comment vous assurer que votre évaluation est fiable

À FAIRE

Présentez-vous et expliquez qui vous êtes.

Parlez clairement, mais rappelez-vous que les personnes âgées ne sont pas toutes sourdes.

Préparez-vous à répéter toute question qui ne semble pas avoir été parfaitement comprise.

Adressez-vous courtoisement à votre patiente, sans écorcher son nom.

À NE PAS FAIRE

N'essayez pas de paraître familier en vous adressant à elle en utilisant son prénom ou en l'appelant Mamie.

Ne soyez pas gêné d'établir un contact physique en lui tenant la main.

• EXAMEN CLINIQUE

Traditionnellement, il intervient après l'histoire de la maladie, mais avec les personnes confuses, il peut être utile de réaliser d'abord un examen rapide, pour esquisser un cadre de référence dans lequel insérer l'histoire. De plus, une grande partie de l'histoire sera obtenue non pas de la personne confuse mais d'autres sources.

Plantez le décor par quelques questions initiales, en lui demandant qui elle est, où elle habite, qui sont sa famille et ses voisins. Sans avoir à poser toutes les questions habituelles, vous évaluerez rapidement son état cognitif.

Les buts de votre examen seront de déterminer:

- si votre patiente présente une confusion aiguë ou un délire ;
- son degré de compréhension;
- ses performances cognitives.

Délire

Le délire est un état de conscience qui fluctue le long d'un spectre entre deux extrêmes, la pleine vigilance et le coma. De temps en temps, des nuages viennent obscurcir le ciel des pensées et de la conscience de la patiente; elle est avec vous pendant une minute, et à la suivante, la voilà partie. Dans les formes plus sévères, il peut exister des illusions, des fantasmes et des hallucinations. Les états confusionnels aigus sont presque toujours dus à des troubles organiques spécifiques qui sont souvent réversibles. Il peut être difficile d'identifier un délire dans ses formes modérées ou subaiguës.

Compréhension

Il est essentiel d'évaluer la compréhension. Recherchez une éventuelle surdité ou une dysphasie. Parfois, une personne âgée peut avoir des difficultés à comprendre un accent marqué, ou le français approximatif d'un médecin étranger.

Fonctions cognitives

Évaluez les fonctions cognitives par une série de questions précises. Elles sembleront étranges à certaines patientes; il vous faudra alors les annoncer en disant: « Je vais vous poser des questions qui paraîtront idiotes, mais je souhaite tester votre mémoire ». Le Point de révision 13.2 donne une liste courte de questions standard. Le « Mini Mental State » (MMS) est un questionnaire simple, largement utilisé et plus complet (Fig. 13.2).

Faites attention à la manière dont la patiente répond aux questions, et n'oubliez pas de prendre en compte les effets possibles de médicaments sédatifs ou brouillant l'esprit. Recherchez:

- une forte tendance à la distraction : suspectez un état confusionnel;
- une concentration apparente alors que la patiente fait des fautes simples: suspectez une démence;
- une réponse lente: suspectez une dépression.

Recherchez un trouble praxique. Demandez à votre patiente de réaliser des tâches simples que vous lui monterez, par exemple, plier une feuille de papier.

En plus des tests standard ciblant les troubles phasiques ou praxiques, recherchez des troubles

Comprendre les différents appareils

(A) « MINI MENTAL STATE »

Patient: . . . . . .
Examinateur: . . . . . .
Date: . . . . . .

Score max.	Score	
		ORIENTATION
5	( )	« Quelle est l'année, la saison, la date, le jour et le mois? »
5	( )	« Dans quel pays, région, ville, hôpital et service sommes nous? »
		MÉMOIRE À COURT TERME
3	( )	Citez trois objets (une seconde pour chacun), puis demandez à votre patiente de répéter. Attribuez un point par chaque réponse correcte. Répétez-les jusqu'à ce qu'elle les retienne tous les trois. Comptez et inscrivez les essais: ... Essais: . . . . .
		ATTENTION ET CALCUL
5	( )	Table de 7. Un point par opération. Limitez à 5 réponses. Ou bien faites épeler le mot « monde » à l'envers.
		RAPPEL (MÉMOIRE À MOYEN TERME)
3	( )	Demandez à la patiente de se rappeler les trois objets précédents. Un point par rappel correct.
9		**LANGAGE ET COPIE**
	( )	Demandez à la patiente de nommez un stylo et une montre (2 points).
	( )	Demandez à la patiente de répétez « pas de si ni de mais » (1 point).
	( )	Demandez à la patiente d'effectuer un ordre triple : « Prenez une feuille de papier dans votre main droite, pliez-la en deux et posez-la sur le plancher » (3 points).
	( )	Demandez à la patiente de lire et d'obéir à la consigne : « Fermez vos yeux » (1 point).
	( )	Demandez à la patiente d'écrire une phrase (1 point)
	( )	Demandez à la patiente de copier un dessin (1 point)
30	•	Score total

Évaluez le niveau de conscience sur une échelle

Alerte Somnolant Stupeur Coma

Un score de 20 ou moins oriente fortement vers une démence ou un déficit significatif.

[B) INSTRUCTIONS POUR RÉALISER LE « MINI MENTAL STATE »

ORIENTATION

Demandez la date. Faites préciser les éléments manquants, par exemple : « Pouvez-vous me dire en quelle saison nous sommes? »Un point par réponse exacte.
Demandez successivement « Pouvez vous me dire le nom de l'hôpital? » (ville, région, etc.). Un point par réponse correcte.

MÉMOIRE À COURT TERME

Demandez à la patiente si vous pouvez tester sa mémoire. Puis nommez trois objets sans liens entre eux, clairement et lentement, prenant une seconde pour chacun. Après avoir nommé les trois, demandez-lui de les répéter. La première répétition détermine son score (0 à 3) mais continuez de les prononcer jusqu'à ce qu'elle puisse les répéter tous les trois, jusqu'à six tentatives. Si elle ne les apprend pas tous les trois, la mémoire à moyen terme ne peut être testée de manière significative.

ATTENTION ET CALCUL

Demandez à la patiente de commencer par 100 et de soustraire 7 à chaque résultat (93, 86,79 72, 65). Établissez un score avec le nombre total de réponses correctes.
Si la patiente ne peut pas ou ne veut pas réaliser cette tâche, demandez-lui d'épeler le mot « monde » à l'envers. Le score est celui du nombre de lettres dans l'ordre correct, par exemple: ednom = 5, edn = 3.

RAPPEL

Demandez à la patiente de se rappeler les trois objets que vous lui avez demandé de répéter. Score : 0 à 3.

LANGAGE ET COPIE

Nommer: Montrez à la patiente une montre et demandez-lui ce que c'est. Répétez avec un stylo. Score: 0 à 2.
Répétition : Demandez à la patiente de répéter une phrase après vous. Ne faites qu'un essai. Score : 0 ou 1.
Commande triple : Donnez à la patiente une feuille de papier blanc et répétez l'ordre. Score : un point pour chaque étape exécutée correctement.

Figure 13.2. Le questionnaire du « Mini Mental State ». Reproduit avec la permission de Folstein MR ef *al. Journal of Psychiatric Research* 1975 ; 12: 189-198.

POINT DE RÉVISION 13.2

Dix questions simples

Âge
Heure
Année
Nom de l'endroit
Reconnaissance de deux personnes
Date de naissance
Date du début de la deuxième guerre mondiale
Président de la République
Compte à rebours, à partir de 20
Rappel à cinq minutes des mots : « Vingt-six », « Mûrier », « Fermé »

du schéma corporel ou de l'orientation dans l'espace, qui proviennent de lésions du lobe pariétal mineur, comme l'apraxie d'habillage, l'anosognosie ou l'hémiasomatognosie.

Test de l'horloge

Le test de l'horloge est un test utile pour déterminer les fonctions cognitives générales et visuo-spatiales. Dessinez un grand cercle sur une feuille de papier et demandez à la patiente de dessiner les chiffres du cadran d'une horloge. Vous devrez peut-être répéter la consigne car elle lui semblera étrange. Ce test permet de détecter des troubles subtils et spécifiques (par exemple une héminégligence). Demandez à votre patiente de dessiner les aiguilles avec une heure fixe, par exemple 3 heures moins 20. Des exemples de réponses sont montrés dans la figure 13.3. Bien que vous évaluiez la confusion et les troubles cognitifs, ne négligez pas les autres aspects du « Mini Mental State » et, en particulier, demandez-vous si votre patiente est déprimée, enthousiaste, anxieuse, pleine d'illusions, obsessionnelle, hallucinée, etc.

• HISTOIRE

La patiente vous rapportera peut-être une histoire correcte, mais la plupart du temps, vous l'obtiendrez d'autres sources très importantes. Si

Figure 13.3. Exemple de dessins d'horloge. Les modifications au cours du délire sont reproduites avec la permission de Schulman Kl ef *al. International Journal of Gériatrie Psychiatry* 1986 ; 1: 135-140. © John Wiley & Sons Limited.

la patiente a été conduite à l'hôpital, assurez-vous de parler aux personnes qui l'accompagnent: la famille, des voisins, des soignants ou des policiers. Les points cruciaux sont les suivants :

- depuis combien de temps la patiente est-elle dans cet état? Par exemple, quand a-t-elle été normale pour la dernière fois? Si l'histoire est courte (jours ou semaines) la patiente ne présente probablement pas de démence, en l'absence de cause physique évidente. Vous serez plus probablement en face d'un état confusionnel aigu ou d'une dépression « pseudo-démentielle »;
- comment ceci a-t-il débuté? Brutalement ou progressivement? Le début a-t-il été marqué par un événement particulier, comme une maladie, un traumatisme ou une chute? Ou est-ce relié à un événement majeur de sa vie, comme un deuil ou un changement de domicile? Ces derniers événements précipitent souvent une dépression, qui peut prendre chez les personnes âgées le masque d'une confusion;
- est-ce fréquent? Quelles ont été les circonstances antérieures et quelle a été l'évolution? Quel traitement a-t-il été prescrit?
- comment a progressé la maladie?
- comment a-t-elle été traitée? Quels médicaments a-t-elle pris? Rappelez-vous que les médicaments, prescrits ou autoprescrits, sont parmi les causes les plus fréquentes d'état confusionnel. C'est particulièrement le cas des médicaments cholinergiques et de l'alcool ;
- comment était-elle avant? Votre examen peut se compliquer si votre patiente n'était pas particulièrement intelligente auparavant. Ses métiers antérieurs et les témoignages d'amis et de voisins peuvent être utiles.

En résumé

Toutes les personnes confuses ne sont pas démentes. Leur offrir les bienfaits d'une évaluation méticuleuse est non seulement un droit pour elles, c'est aussi une possibilité, pour le médecin, de rendre son travail bien plus intéressant et gratifiant avec ce groupe croissant de patients.

Difficultés spécifiques aux personnes âgées

14

La plupart des personnes entre 65 et 75 ans sont en bonne forme et actives. Après 75 ans, l'âge venant, elles ont souvent de multiples maladies qui peuvent se présenter de manière atypique et conduire à un handicap croissant et à une dépendance. Ce chapitre traitera des personnes de plus de 75 ans, et comme la plupart sont des femmes, le genre féminin sera utilisé tout au long de ce chapitre *(cf.* chapitre 13).

La technique d'examen que vous avez apprise s'applique de manière égale chez les patients jeunes ou âgés. Examiner une patiente très âgée peut-être plus compliqué parce que:

- elle peut avoir de multiples problèmes médicaux (Point de révision 14.1);
- la présentation de la maladie peut être « atypique »;
- les complications de la maladie principale sont plus fréquentes.

POINT DE RÉVISION **14.1**

Facteurs compliquant l'examen d'un patient âgé

Multiplicité des maladies (coexistence d'atteintes aiguës et chroniques)

Atteinte aiguë, par exemple :
- Infection pulmonaire
- Infarctus myocardique
- Embolie pulmonaire
- Accident vasculaire cérébral

Atteintes chroniques, par exemple :
- Arthrose
- AVC antérieurs
- Démence

Présentation atypique d'une maladie aiguë
- Chutes
- Immobilité
- Incontinence
- Confusion
- Acopie* (l'entourage ne peut plus faire face)
- Hypothermie (habituellement secondaire une maladie/à des médicaments)
- Atteinte iatrogène (par exemple, hypotension orthostatique ou confusion d'origine médicamenteuse)

Taux de complications élevées
- AVC moyen, tendance à la chute, fractures du fémur, escarres et incontinence

• RECUEILLIR L'HISTOIRE CLINIQUE ET ÉVITER LES PIÈGES DIAGNOSTIC

Interrogez votre patiente dans une pièce tranquille, bien éclairée, en vous assurant que vous êtes tous les deux bien détendus et que la patiente peut clairement voir votre visage. Écoutez-la, une remarque fortuite de sa part peut vous donner une idée pertinente de ce qui se passe.

Pendant que vous recueillez l'histoire clinique d'une personne âgée, rappelez-vous que:

- elle peut être lente à réagir. La maladie de Parkinson, la dépression et l'hypothyroïdie ralentissent les réponses ;
- elle peut être sourde. Ne confondez pas avec une démence;
- elle peut être confuse. Tirez parti de vos impressions initiales;
- vous devez rechercher une histoire « parallèle » à partir de l'entourage, des soignants, des amis, des voisins, des travailleurs sociaux et du médecin généraliste;
- les histoires des patients et de leur entourage peuvent ne pas être complètement fiables;
- les maladies iatrogènes, habituellement dues au traitement, sont souvent d'origine polymédicamenteuse, mais peuvent aussi être dues à une

confusion des doses et de la fréquence (Fig. 13.1);

• la surdité aux aigus est fréquente. Parlez lentement avec une voix grave, et assurez-vous que la prothèse auditive fonctionne (ou demandez au personnel du service s'il existe un amplificateur disponible).

Tout d'abord, il vous faudra déterminer si la patiente est confuse; un test des fonctions cognitives n'est pas nécessaire à cette étape, car il pourrait offusquer une personne chez qui ces fonctions sont intactes. Recherchez des signes discrets (confusion des dates, comparaison entre ce que la patiente dit pouvoir faire et l'importance de l'aide que l'on lui apporte) ou des signes plus évidents comme des références à des proches décédés comme s'ils étaient toujours vivants. Quand vous aurez gagné la confiance de votre patiente, vous pourrez réaliser l'examen du « Mini Mental State » (chapitre 13) en disant: « Je vais maintenant vous poser des questions qui vont paraître très simples, mais c'est une partie importante de mon examen ; j'espère que vous n'y verrez aucun inconvénient. »

Une bonne mémoire des événements anciens peut être trompeuse: ceci alimente la certitude d'une « mémoire d'éléphant » chez la patiente ou son entourage. La mémoire de son enfance peut être très présente, mais elle peut n'avoir aucun souvenir de ce qu'elle a mangé une demi-heure plus tôt. La mémoire à long terme est souvent bien préservée à la phase précoce de la démence alors que la mémoire à court terme est perdue. Poser des questions précises aux membres de sa famille ou à ses amis concernant ses activités quotidiennes peut montrer, par exemple, qu'elle oublie de fermer le gaz et qu'elle brûle ses casseroles et ses plats. De telles anecdotes aident à élaborer une image précise d'un individu dans son environnement, à domicile.

Assurez-vous que les informations contenues dans l'histoire se rapportent à la maladie actuelle et non pas au passé. Les patients confus mélangent souvent les événements qui se sont passés la semaine dernière avec ceux survenus l'an dernier, ce qui aggrave la confusion des médecins et de la patiente.

L'évolution chronologique des symptômes est très importante. Une détérioration rapide de la santé oriente vers une atteinte aiguë (par exemple, infarctus myocardique, embolie pulmonaire, AVC ou infection). Le symptôme actuel (chutes, incontinence, confusion ou acopie*) est-il récent ou existe-t-il depuis longtemps avec une aggravation progressive?

Le jugement par ses proches que la patiente «va bien » peut refléter des espérances faibles (ou déclinantes); vous devrez alors poser des questions précises concernant la toilette, l'habillage, les achats et la cuisine pour savoir un peu mieux où elle en est. La plupart des personnes âgées sont indépendantes, mais elles ont besoin d'une aide à domicile, de repas distribués, d'une infirmière ou d'une hospitalisation de jour selon leur degré de dépendance. Les chutes, l'incontinence et la confusion sont considérées comme inévitables et ne sont pas immédiatement mentionnées. Recherchez-les spécifiquement chez son entourage.

Inquiétez-vous de son état quelques semaines auparavant. Cela aide à construire des objectifs réalistes de rééducation. Si elle était complètement indépendante, la maladie actuelle est la cause la plus probable de son handicap actuel, et ce dernier est alors potentiellement réversible.

De multiples maladies conduisent à multiples médications. Davantage de médicaments signifient plus d'effets secondaires. 10 à 15 % des patients âgés admis dans les services médicaux ont une maladie iatrogène comme diagnostic soit principal, soit secondaire. Vous pourriez croire que votre patiente ne prend que trois médicaments alors qu'elle prend également ceux prescrits pour les maladies antérieures. Demandez à son entourage de rapporter tous ses médicaments à l'hôpital et faites-vous expliquer ceux qu'elle prend et ceux qu'elle ne prend pas.

Vertiges

Les patients vertigineux rapportent une grande variété de sensations, et il est important de ne

* L'acopie est une vilaine transcription de sténographie qui signifie « ne plus faire face ».

POINT DE RÉVISION **14.2**

Vertige épisodique, un guide simple (*cf.* chapitre 33)

Symptômes	*Évolution/facteur déclenchant*	*Etiologies sous jacente*
Vertiges: rotatoires	Plus de 10 s, déclenchés par un mouvement ou une position	Vestibuläre
	Très brefs (2 ou 3 s), déclenchés par un mouvement	Mécanorécepteurs cervicaux dysfonctionnement surtout arthrose vertébrale
Vertiges : non rotatoires ou instabilité	Très bref (2 ou 3 s), déclenchés par un mouvement (se lever ou se retourner)	Dysfonctionnement des mécanorécepteurs cervicaux Maladie cérébro-vasculaire Hypotension orthostatique
L'un des deux, avec perte de connaissance		Arythmie cardiaque Épilepsie

pas se fourvoyer avec ses propres idées préconçues. Un patient peut désigner par ce terme un vertige *rotatoire,* la sensation que son environnement tourne. D'autres patients ressentent autre chose : « tête vide », céphalées, « sensation curieuse dans la tête », impression vague d'instabilité ou « faiblesse dans les genoux ». Demandez ce que la patiente veut dire par « vertige ». Recherchez ce qui a provoqué l'épisode et combien de temps a-t-il duré. Est-il associé avec d'autres symptômes? Depuis combien de temps le problème est-il présent? Est-il survenu en même temps qu'une autre maladie, ou un traumatisme crânien? Il peut être compliqué de distinguer un syndrome vertigineux de véritables vertiges, mais quelques orientations simples permettent d'en définir la cause dans la plupart des cas (Point de révision 14.2).

Pertes de connaissance

Si une patiente dit avoir perdu connaissance, c'est probablement vrai. Si, toutefois, elle le nie, cela ne veut rien dire. Un tiers des patients qui perdent connaissance en raison d'une hypersensibilité du sinus carotidien ne s'en rappellent pas : c'est une amnésie rétrograde. L'impossibilité pour la patiente de confirmer la perte de connaissance doit être recherchée si d'autres signes suggèrent qu'elle a probablement perdu connaissance. Un témoin indépendant est essentiel dans cette situation (Point de révision 14.3).

• EXAMEN CLINIQUE

Comme pour les jeunes patients, un examen physique complet est essentiel. Certains points d'importance particulière sont discutés ici.

POINT DE RÉVISION **14.3**

Pertes de connaissance (syncope) chez les personnes âgées

Syncope vaso-vagale (syndrome vaso-vagal, syncope neurocardiogénique) : peur, douleur, station debout prolongée, chaleur, repas abondants, excès d'alcool

Syncope à la miction : homme âgé, la nuit, mictions debout

Syncope de défécation : femme âgée, constipation, douleur locale de l'anus

Syncope de toux : maladie pulmonaire chronique obstructive

Hypotension orthostatique (Point de révision 14.4)

Syndrome du sinus carotidien

Épilepsie

Accident ischémique transitoire

Syndrome du vol sous-clavier, associé avec un effort du bras

Embolie pulmonaire

Infarctus du myocarde

Obstruction mécanique à l'éjection cardiaque: sténose aortique, cardiomyopathie hypertrophique obstructive

Arythmie cardiaque

Hyperventilation : état anxieux, dépression et agitation

Environnement

Les conditions de logement de la patiente indiquent non seulement ses possibilités antérieures, mais aussi l'importance de l'aide qui lui est apportée. La manière dont elle s'habille et les standards de propreté sont également des signes utiles.

Audition, vision et langage

Des problèmes avec une de ces trois fonctions peuvent conduire à un isolement dans la vieillesse. Varier l'intensité de la parole donne des indications utiles sur l'audition de la patiente. Recherchez des bouchons de cérumen. Avec une audition normale, le cérumen ne provoque pas de déficits importants, mais il peut aggraver une hypoacousie chez quelqu'un dont les fonctions auditives déclinent. Si la patiente porte une prothèse auditive, assurez-vous qu'elle fonctionne, qu'elle sait changer la pile et qu'elle connaît les positions marche et arrêt.

POINT PRATIQUE

Boutons de fonctionnement des prothèses auditives
0 : arrêt
M : microphone pour une conversation de personne à personne
T: boucle d'induction aérique utilisée au théâtre, au cinéma, dans les églises et dans les cabines téléphoniques
M & T: microphone et boucle d'induction, ensemble : augmentent la flexibilité de l'utilisation dans des situations particulières

Si la vision est altérée, examinez la patiente avec un ophtalmoscope, un « trou d'aiguille » et un test de Snellen. Le trou d'aiguille agit comme une lentille parfaite et corrige les erreurs de réfraction. En utilisant cette technique, l'amélioration de la vision montre la nécessité d'une réfraction en bonne et due forme. Des lunettes sales altèrent souvent la vision; les nettoyer améliore considérablement les choses !

Les troubles du langage d'origine neurologique sont traités dans le chapitre 7. Le langage peut devenir incompréhensible chez une personne âgée, en raison du processus de vieillissement, de troubles dentaires ou de prothèses dentaires mal adaptées. Avec l'âge, la parole devient lente, moins forte et plus aiguë. Souvent la voix est énervée, et l'on ne sait pas si cela est dû à l'âge ou à des facteurs psychologiques.

Des caries dentaires peuvent être le point de départ d'une infection aiguë ou chronique, et conduire à une ulcération. Des prothèses mal fixées peuvent provoquer des ulcérations et une nutrition appauvrie. Le signe du « portcullis » (la prothèse supérieure tombant sur l'inférieure lorsque la bouche est ouverte) peut-être dû à une mauvaise fixation, mais s'il est récent, peut orienter vers une déshydratation ou un accident vasculaire cérébral provoquant une perte du tonus de la musculature buccale (Fig. 14.1).

La dyskinésie orofaciale (dyskinésie tardive), caractérisée par des mouvements de mâchonnements des lèvres et des mandibules, est due à des tranquillisants majeurs ou parfois à des troubles extrapyramidaux, et peut provoquer une dysarthrie.

La « langue caviar » (paquets de varicosités linguales) est une lésion orale qui provoque une anxiété considérable chez les patients et leur entourage; ceci n'est pas dû à une atteinte grave et il faut les rassurer.

Système nerveux

L'examen du système nerveux peut être plus compliqué en raison des difficultés à obtenir une histoire et des effets de l'âge observables lors de l'examen neurologique.

Les seuls éléments disponibles peuvent être une modification soudaine des performances physiques ou du comportement. Une patiente avec un accident vasculaire peut ne présenter que quelques signes cliniques mineurs: discrète asymétrie faciale, ralentissement modéré du langage, légère modification du tonus. Ces changements discrets peuvent n'être apparents qu'au médecin ou à l'infirmière qui connaissent la patiente depuis longtemps. À son entourage, on demandera : « Y a-t-il un changement récent de sa manière de parler ou de marcher, ou est-ce que son visage est différent? »

(a)

(b)

Figure 14.1. Signes du « portcullis » orientant vers une déshydratation ou un accident vasculaire cérébral provoquant une perte du tonus de la musculature buccale.

Une atrophie des petits muscles des mains sans autre signe neurologique est fréquente chez les personnes âgées fragiles. Les réflexes ont en général diminué, et les réflexes achilléens peuvent être absents chez des individus normaux. Des réflexes vifs orientent habituellement vers une maladie neurologique sous-jacente comme celle du signe de Hoffmann (flexion des doigts au brusque relâchement de l'index) et du réflexe pectoral. Le réflexe pectoral se recherche en posant la main sur le bord inférieur du grand pectoral et en percutant le dos de la main avec le marteau à réflexe. Ce réflexe est présent dans l'enfance, mais tend à disparaître avec l'âge et réapparaît habituellement au cours des maladies cérébro-vasculaires.

POINT PRATIQUE

L'examen neurologique de la personne âgée
Les pupilles sont souvent de petite taille et faiblement réactives.
L'atrophie des petits muscles des mains est fréquente chez les personnes fragiles.
Les réflexes achilléens peuvent être absents.

Les pupilles peuvent être petites et peu réactives à l'obscurité. Des mydriatiques peuvent faciliter l'examen du fond d'œil : rappelez-vous qu'il existe un petit risque de décompensation d'un glaucome. Occasionnellement les pupilles peuvent être inégales ou de contours irréguliers, en raison des cicatrices d'une irido-cyclite antérieure.

Les pieds

Les pieds sont importants en cas de:

- maladie vasculaire périphérique;
- neuropathie;
- pousse excessive des ongles.

Des patients avec une faible vision, maladroits de leurs mains ou ayant des difficultés à se pencher en avant peuvent avoir des difficultés à se couper les ongles, ce qui provoque des douleurs à la marche ou même à la station immobile. L'onychogryphose (croissance excessive des ongles en forme de serres) apparaît en cas de négligence prolongée; elle requiert un traitement par pédicure (Fig. 14.2). Le port des chaussures influence la mobilité: des pantoufles anciennes, peu adaptées, doivent être remplacées par des chaussures confortables. L'aspect de l'usure de la semelle est utile sur le plan diagnostic; une patiente qui présente une chute du pied suite à un accident vasculaire mineur montre une usure excessive du bord latéral et antérieur de la semelle du côté touché.

Figure 14.2. Onychogryphose nécessitant un traitement par pédicure.

Un œdème des jambes peut être dû à l'immobilité plutôt qu'à une insuffisance cardiaque. Le syndrome de la « chaise roulante » chez une personne âgée (Fig. 14.3) répond mieux à la mobilisation qu'aux diurétiques.

Figure 14.3. Syndrome de la « chaise roulante » chez une personne âgée. L'œdème des jambes peut être dû à l'immobilité plutôt qu'à une insuffisance cardiaque.

La peau

Avec l'âge, la peau devient plus fine et moins élastique, les capillaires sont plus fragiles, et en cas de malnutrition, la graisse sous-cutanée est moins abondante et il y a moins de collagène. Le purpura sénile et la laxité de la peau en découlent, cette dernière rendant plus difficile la détection de la déshydratation en pinçant la peau de l'avant-bras ou de la paroi abdominale antérieure. La région la plus favorable pour évaluer l'infiltration de la peau est le front, là où la peau adhère au fascia sous-jacent (Point de révision 11.6).

Une attention toute particulière peut-être apportée à la peau des aires de pression (proéminences osseuses sur lesquelles se développe la pression). Une rougeur de la peau indique une pression probablement excessive. Si la rougeur est accompagnée d'une induration périphérique, il y a une nécrose de pression des tissus sous-cutanés. Le phénomène de « l'iceberg » peut être présent: petite zone superficielle de nécrose avec une zone sous-jacente d'induration beaucoup plus étendue. Cette dernière passe facilement inaperçue mais indique la véritable extension de la nécrose tissulaire. Les infirmières peuvent s'inquiéter de l'extension d'une ulcération et la considérer comme un défaut de soins. En général, l'ulcère de pression s'agrandit de manière inévitable, marquant l'extension réelle de la nécrose. Une escarre est un désastre pour la patiente; c'est une source d'infections et de perte métabolique qui ralentit la rééducation (Fig. 14.4).

Figure 14.4. Escarres fessières.

Température

La prise unique de température n'offre que peu d'intérêt, sauf si la patiente est hypothermique (température aurale ou rectale en dessous de 35 °C) ou fébrile (supérieure à 37,5 °C). En raison du risque de ne pas reconnaître une hypothermie, la température de la patiente doit toujours être prise par un thermomètre dont la graduation descend jusqu'à 30 °C (Fig. 12.2).

Les températures « normales » varient de manière importante, même chez les patients plus jeunes; les températures des personnes âgées apportent une meilleure information si elles sont mesurées toutes les six heures, pendant deux ou trois jours.

Parfois, les patients âgés ont des infections systémiques avec des températures pourtant normales. La courbe de température montre habituellement une augmentation de la température basale.

Pression artérielle

Il est désormais prouvé que traiter l'hypertension artérielle chez les personnes âgées aide à prévenir les maladies cardiaques et cérébro-vasculaires. A la phase aiguë de beaucoup d'affections, en particulier dans l'insuffisance ventriculaire gauche et les AVC, il y a une augmentation brutale de la pression artérielle, ce qui ne constitue pas une indication à un traitement anti-hypertenseur. Dans un accident vasculaire cérébral, un tel traitement peut réduire la pression de perfusion cérébrale et accentuer le risque de thrombose cérébrale. Les anti-hypertenseurs seront institués deux semaines après la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral, et seulement si l'hypertension persiste.

L'hypotension orthostatique a une importance particulière chez les personnes âgées: il s'agit d'une chute de la tension artérielle systolique supérieure à 20 mm/Hg lorsque la patiente passe de la position couchée à la position debout. Les causes sont multiples et les conditions peuvent être multifactorielles (Point de révision 14.4). Chez une patiente couchée depuis dix minutes, on prendra la pression artérielle 30 secondes, une minute et deux minutes après le lever. Dans l'atteinte végétative, la pression à 30 secondes est diminuée, elle le reste à une et deux minutes, et peut même chuter plus bas en raison de la défaillance des mécanismes compensatoires de vasoconstriction périphérique. Si les fonctions végétatives sont intactes, la pression artérielle à 30 secondes peut être significativement basse alors qu'une à deux minutes après le lever, elle peut être égale à celle en position couchée; cela se retrouve dans les hypotensions iatrogènes ou dans la déshydratation, et implique que le système autonome puisse encore compenser. De telles patientes se plaignent de symptômes très précoces après le lever, qui se maintiennent quand la patiente est debout pendant environ une minute. Les symptômes caractéristiques de l'hypotension orthostatique sont des sensations vertigineuses et une faiblesse au lever; même lorsque ces signes sont absents, la patiente présentera une instabilité posturale et des chutes. À la phase initiale de ce phénomène, la chute de pression peut n'être présente que tôt le matin, lorsque le volume circulatoire sanguin est au plus bas. Si la patiente

POINT DE RÉVISION **14.4**

Causes de l'hypotension orthostatique chez la personne âgée

Dysfonctionnement végétatif dû à :
- Des changements liés à l'âge des mécanismes physiologiques
- Des maladies provoquant des modifications des mécanismes physiologiques comme:
  - la neuropathie diabétique
  - les maladies cérébro-vasculaires
  - la maladie de Parkinson
  - le syndrome de Shy-Drager
  - les polyneuropathies

Iatrogènes
- Médicaments anti-hypertensifs
- Diurétiques
- Médicaments contenant de la L-Dopa
- Phénothiazines
- Antidépresseurs tricycliques
- Benzodiazepines
- Nitrates

Autres maladies
- Infarctus du myocarde
- Embolie pulmonaire
- Déshydratation et perte sodique
- Infection

présente des symptômes matinaux, la pression artérielle devra être prise lorsque la patiente se lève pour la première fois.

Incontinence

Tout patient immobilisé et incapable de demander de l'aide pour aller aux toilettes en raison, par exemple, d'une aphasie, de craintes ou d'une démence, présentera une incontinence urinaire. Une miction toutes les deux heures permet habituellement de retrouver une certaine continence. Une incontinence persistante nécessite des investigations. Les causes habituelles de l'incontinence chez les personnes âgées sont listées dans le Point de révision 14.5. Le volume vésical doit être évalué. La palpation peut suffire mais chez beaucoup de patients, il est nécessaire de mesurer, en imagerie échographique ou en coupes, le volume post-mictionnel, par exemple après avoir vidé la vessie pour diagnostiquer un défaut de vidange vésicale.

Le patient peut avoir une rétention avec regorgement, qui peut-être dû à une maladie prostatique et, dans les deux sexes, à un fécalome. L'examen du rectum peut les détecter tous les deux, mais si le rectum est vide, il faut éliminer une « constipation haute » par une palpation abdominale et un examen en imagerie.

En dehors du regorgement, la cause la plus fréquente de l'incontinence urinaire est la « vessie instable », provoquée par une perte du contrôle neurologique supérieur, dans les maladies cérébro-vasculaires ou la démence sénile. L'incontinence est imprévisible, le patient ne ressentant que peu d'envie. Chez les femmes multipares, il est difficile de distinguer ce problème de l'incontinence d'effort liée à une insuffisance du plancher pelvien, car la vessie instable se contracte à la suite d'un effort de toux ou à la station debout (« pseudo-continence à l'effort »). Demandez à la patiente debout de tousser en observant le périnée. Dans une incontinence d'effort, on constate une fuite urinaire brève lorsque la pression abdominale (et donc la pression intravésicale) est supérieure à la pression du sphincter: la vessie ne se contracte pas. Dans la « pseudo-incontinence d'effort », la toux provoque la contraction d'une vessie instable avec un jet prolongé d'urine qui s'arrête lentement lorsque la pression intravésicale chute en dessous de la pression sphinctérienne.

L'incontinence fécale accompagne souvent une vessie instable mais survient au cours de l'évolution de la patiente. Tout patient avec une incontinence fécale doit être examiné à la recherche d'un fécalome et traité pour maîtriser la continence, même chez les patients déments. L'incontinence fécale sans incontinence urinaire est habituellement due à une pathologie locale

POINT DE RÉVISION **14.5**

Causes de l'incontinence chez la personne âgée

Incontinence urinaire

Vessie instable.
Prostatisme.
Vaginite atrophique.
Insuffisance périnéale.
Rétention avec regorgement :
- fécalome;
- médicamenteuse;
- prostatisme;
- sténose urétrale;
- une vessie neurogène atone.

Infection urinaire aiguë, en présence d'un ou plusieurs des facteurs ci-dessus prédisposant un patient normalement continent à l'incontinence urinaire.
État confusionnel aigu.
Facteurs psychologiques, par exemple une protestation « sale » à une situation sociale que la patiente trouve inacceptable.

Incontinence fécale

Activité intestinale anormale :
- diarrhée;
- fécalome.

Contrôle neurologique anormal :
- démence: rectum instable, perte de la prise de conscience sociale, perte de la sensation d'envie avec fécalome secondaire.

Lésion neurologique de:
- la moelle épinière;
- la queue de cheval ;
- les nerfs périphériques.

Anomalie du plancher pelvien :
- étirement du plancher pelvien : constipation chronique épuisante, lésions chroniques chez la femme aux nombreux accouchements;
- traumatisme du sphincter anal.

Facteurs psychologiques, par exemple une protestation « sale ».

intestinale, le plus fréquemment constipation et fécalome, mais aussi diarrhée infectieuse aiguë, tumeur colique, maladie diverticulaire, maladies inflammatoires intestinales, sténose anale, prolapsus anal ou malabsorption.

Mobilité et démarche

La régression de la mobilité est un problème majeur chez les personnes âgées. Une évaluation précoce de la marche est irremplaçable pour le diagnostic et pour définir une conduite à tenir. Beaucoup de situations neurologiques incluent des troubles spécifiques de la marche qui sont décrits ailleurs. Certains changements sont très discrets. Un léger frottement du pied peut être le seul signe d'une lésion pyramidale, le plus souvent liée à un accident vasculaire cérébral. Ce frottement est d'ailleurs plus facile à entendre qu'à voir, mais vérifiez que ce bruit n'est pas dû à des chaussures mal adaptées. La pauvreté du balancement d'un bras (ou des deux) lors de la marche est un des premiers signes de la maladie de Parkinson.

L'épreuve de la marche « talons devant orteils » est une évaluation utile de l'équilibre. Demandez à votre patiente de marcher à travers la chambre en plaçant le talon du pied d'attaque juste devant les orteils de son autre pied, comme si elle marchait sur une corde raide. La patiente doit regarder droit devant elle et ne se retenir à aucun support. Chez les patientes qui titubent, la cause la plus fréquente est une maladie cérébro-vasculaire, après avoir éliminé d'autres situations neurologiques, par exemple une neuropathie ou des troubles cérébelleux. La patiente oscillera du côté de la lésion: par exemple, une patiente tombera du côté touché par l'accident vasculaire.

Le test « parler en marchant » est utile pour déterminer une tendance à la chute. Demandez à votre patiente de marcher à côté de vous dans un corridor vide. Restez silencieux un moment pour vous assurer que la patiente marche de façon assurée. Puis posez-lui une question à laquelle elle doit répondre. Normalement, la patiente peut le faire en continuant à marcher. Si elle doit s'arrêter de marcher pour répondre à la question, il existe un risque significatif de chute.

Pour planifier la rééducation, l'importance de l'aide requise par la patiente pour marcher est importante: combien de personnes sont nécessaires et quelle est l'importance de leur soutien physique et psychologique? Si la patiente ne peut pas marcher, peut-elle se transférer de son lit sur une chaise et l'inverse, ou d'une chaise roulante sur ses toilettes? De quelle aide a-t-elle besoin pour ce faire?

POINT PRATIQUE

Principaux appareils pour personnes âgées: points à noter

Déambulateurs

Pour certains patients, un déambulateur à roulettes peut être plus adapté : les chutes en arrière sont moins probables, par exemple dans la maladie de Parkinson.

Hauteur du déambulateur: le grip doit être au même niveau que la styloïde ulnaire lorsque la patiente se tient debout, les bras le long du corps.

Cannes

Hauteur des cannes : la poignée doit être au même niveau que la styloïde ulnaire lorsque la patiente se tient debout, les bras le long du corps.

L'extrémité de la canne doit porter un embout de caoutchouc pour éviter de glisser sur le sol.

Chaises roulantes

Si la chaise comporte des roues pneumatiques, assurez-vous que les pneus soient bien gonflés, sinon il sera difficile à pousser et les freins ne fonctionneront pas correctement.

Assurez-vous que les freins fonctionnent convenablement de chaque côté de la chaise. Un défaut de freinage rendrait la chaise instable qui basculerait vers l'avant lorsque la patiente essaye d'en sortir.

Activités quotidiennes

L'évaluation multidisciplinaire de la capacité de la patiente à réaliser des tâches essentielles pour sa vie indépendante aide à planifier la rééducation et la convalescence. L'index de Barthel est habituellement utilisé (Point de révision 14.6); il mesure la dépendance sur une échelle de 0 à 20.

POINT DE RÉVISION **14.6**

Index d'activité journalière de Barthel

Activité	*Score*	
Appareil digestif	0	Incontinence ou requiert un lavement
	1	Accident occasionnel (une fois par semaine ou moins)
	2	Continent
Vessie	0	Incontinent, ou sondé et incapable d'entretenir la sonde
	1	Accidents occasionnels (pas plus de un par 24 h)
	2	Continent ou capable seul de soins de la sonde urinaire
Soins de beauté	0	Nécessite une aide personnelle (visage, cheveux, rasage, brossage)
	1	Indépendant
Toilette	0	Dépendant
	1	Requiert une aide
	2	Indépendant (aller et retour des toilettes, s'essuyer et se rhabiller)
Alimentation	0	Incapable
	1	Requiert une aide (par exemple pour découper ou tartiner le beurre)
	2	Indépendant
Transferts	0	Incapable: pas d'équilibre assis
	1	Aide importante (physique, par une ou deux personnes), peut s'asseoir
	2	Aide mineure (verbale ou physique)
	3	Indépendant
Mobilité	0	Incapable
	1	Indépendant en chaise roulante (capable de tourner, de passer des portes)
	2	Marche avec l'aide d'une personne (verbale ou physique)
	3	Indépendant (avec ou sans aide à la marche)
Habillage	0	Dépendant
	1	Requiert de l'aide (peut en faire la moitié seule)
	2	Indépendant
Escaliers	0	Incapable
	1	Nécessite de l'aide (verbale, physique)
	2	Incapable
Se baigner	0	Dépendant
	1	Indépendant (bain et douche sans surveillance)

L'index peut être utilisé pour évaluer les fonctions passées et actuelles, et enregistrer les progrès pendant la rééducation.

Appareillage et instruments

Aucun examen n'est complet sans l'évaluation de l'appareillage utilisé: est-il adapté, sûr et de taille correcte? Le Point pratique de la page précédente vous donne une liste des appareillages habituels.

POINT DE RÉVISION **14.7**

Examen et diagnostic chez la personne âgée

L'examen initial chez une personne très âgée nécessite une grande attention aux détails et doit prendre beaucoup de temps : des problèmes mineurs résolus de manière simple sont déterminants pour retrouver une indépendance.

Même si la patiente ne redevient pas indépendante, les informations recueillies jouent inévitablement un rôle vital dans la prise en charge ultérieure.

La plupart des personnes âgées ont de multiples maladies et problèmes.

L'essentiel de la prise en charge des personnes âgées consiste en la résolution de problème comme les chutes, l'immobilité, la confusion, l'incontinence, les troubles de l'équilibre et les difficultés rencontrées par les aides-soignants.

Bien que le diagnostic exact soit important, il l'est encore plus d'optimiser les fonctions, si nécessaire en utilisant un appareillage ou des prothèses.

15

Comment agir face à un patient inconscient?

L'importance de l'histoire et sa contribution décisive au diagnostic final ont été répétées tout au long de ce livre. C'est pourquoi le médecin est au premier abord désavantagé avec un patient inconscient. Il n'y a en général aucune histoire disponible de la part du patient, et très peu de la famille ou des amis. De plus, la pertinence (et la crédibilité) de telles informations sont difficiles à établir. Il peut se passer quelques heures ou quelques jours avant que la totalité des détails utiles soit connue.

Dans ces circonstances, il est essentiel que le médecin soit non seulement ouvert à plusieurs diagnostics possibles mais également caoable de modifier son examen de routine :

- en essayant *d'établir exactement ce qui est arrivé* à partir de toutes les sources possibles ;
- en établissant une *évaluation immédiate* pour pallier la défaillance des fonctions vitales;
- en réalisant un *examen général* à la recherche de signes cliniques spécifiques;
- en programmant des *examens complémentaires appropriés* pour éliminer des causes potentielles de perte de conscience;
- en proposant un « *diagnostic principal* » offrant la principale explication de la perte de conscience ;
- en *surveillant* régulièrement toute modification de l'état du patient;
- en établissant un *programme de prise en charge* adapté aux besoins du patient. Ces sept points seront discutés en détail ci-dessous.

• ÉTABLIR EXACTEMENT CE QUI EST ARRIVÉ

Il est crucial d'obtenir autant d'informations que possible, le plus rapidement possible. Beaucoup de choses dépendent de l'explication exacte de la séquence des événements jusqu'à la perte de conscience, ainsi que des antécédents médicaux qui ne doivent pas être ignorés. Toutes les sources possibles d'information doivent être interrogées : amis, entourage ou voisins sont des exemples évidents, mais les membres du service d'urgence peuvent également apporter une contribution importante en fournissant des détails sur la perte de conscience et son évolution au cours du trajet vers l'hôpital.

De simples règles de base doivent être appliquées (Point de révision 15.1).

POINT DE RÉVISION 15.1

Établir exactement ce qui est arrivé : quelques règles de base

À FAIRE

Demandez à d'autres personnes de dénicher le plus d'informations possible sur les circonstances de l'épisode.

Recherchez toute maladie récente.

Recherchez les plaintes antérieures et des épisodes de perte de conscience, même brefs.

Recherchez des signes antécédents ou actuels qui pourraient être éventuellement mentionnés sur la « Medi-Alert card* » que porterait le patient

Conservez tout comprimés ou bouteilles vides qui auraient été vues à proximité du patient.

Interrogez le personnel de l'ambulance ou de la police, à la recherche d'informations.

Contactez le médecin de famille du patient pour discuter des antécédents et des visites récentes.

À NE PAS FAIRE

Ne laissez pas repartir des témoins, des amis ou des membres de la famille sans les avoir interrogés complètement.

N'oubliez pas de retranscrire leurs observations.

* *cf.* la note du traducteur [NdT], page 111.

• ÉVALUATION IMMÉDIATE

Faites toujours une évaluation immédiate (Point de révision 15.2) dès que vous voyez le patient Décider de la nécessité de manœuvres de réanimation ne prend que quelques secondes. Faites des prélèvements sanguins à la première opportunité, car une éventuelle perte de conscience ultérieure peut les rendre plus difficile. Une glycémie supérieure à 3 mmol/l élimine une hypoglycémie; en dessous, donnez du Glucagon.

POINT DE RÉVISION **15.2**

Évaluation immédiate

Toujours :

Évaluer les voies respiratoires, la ventilation et la circulation.

Mesurer la tension artérielle, le pouls et la respiration.

S'assurer de la présence du réflexe nauséeux.

Débuter la réanimation si nécessaire.

Rechercher un traumatisme, surtout crânien.

Évaluer la profondeur du coma.

Mesurer la température rectale.

Prélever 5 ml de sang pour une glycémie rapide.

• EXAMEN GÉNÉRAL (Fig. 15.1)

Vous aurez certainement déjà fait des observations utiles lors de votre évaluation immédiate, mais maintenant l'exactitude prend le pas sur la vitesse. Il existe de nombreuses causes de coma, toutefois vous devez penser en priorité à ces étiologies: intoxication médicamenteuse (intentionnelle ou non), hypoglycémie, insuffisance respiratoire avec hypercapnie, accident vasculaire cérébral et épilepsie.

Observations générales

Vérifiez toujours la température en utilisant un thermomètre rectal, ou auriculaire si disponible. Rappelez-vous que l'hypothermie n'est pas limitée aux mois d'hiver en France, elle peut aussi être le signe d'une maladie générale comme l'hypothyroïdie. L'hyperthermie est un signe fréquent de fièvre mais les personnes âgées peuvent avoir une infection généralisée sans montée de la température.

Examinez la peau à la recherche:

- d'une cyanose associée à une insuffisance cardiaque ou une maladie respiratoire;
- de stigmates d'une maladie hépatique, comme les angiomes stellaires, l'hypertension portale et l'ictère;
- de la pigmentation d'une insuffisance surrénalienne;
- des vergetures d'une maladie de Cushing;
- de rougeurs orientant vers une septicémie;
- de la couleur rouge cerise de l'intoxication au monoxyde de carbone;
- de cloques sur les jambes dues à un empoisonnement aux barbituriques (rare de nos jours) ;
- d'une peau rêche et sèche, signe d'une hypothyroïdie non traitée;
- de traces d'injection dans des sites abdominaux ou des membres suggérant un traitement par l'insuline pour un diabète, ou des traces d'aiguille sur les avant-bras orientant vers une intoxication par des drogues intraveineuses;
- de piqûres d'abeilles et de guêpes (difficiles à voir) provoquant une hypotension profonde et une perte de conscience.

Dans un coma, il existe souvent une dépression respiratoire. Des formes respiratoires particulières peuvent être observées dans les maladies générales touchant le tronc cérébral :

- la respiration de Cheyne-Stockes, la respiration débute doucement, sa fréquence croît et atteint un maximum, pour s'interrompre brutalement pendant quelques secondes avant que le cycle ne redémarre à nouveau. Ceci est le résultat d'un dysfonctionnement cérébral ou du tronc cérébral, une rétention du CO_2 par une maladie pulmonaire chronique, un coma dû à des désordres métaboliques comme le diabète sucré ou l'insuffisance ventriculaire gauche;
- une hyperventilation profonde visible peut survenir au cours de l'acidocétose diabétique et dans l'urémie, directement provoquée par l'acidose (respiration de Kussmaul), ou dans des atteintes neurologiques touchant le pont;

Figure 15.1. Schéma de ce qu'il faut examiner chez un patient inconscient.

• une respiration superficielle et peu efficace oriente vers des maladies touchant les centres respiratoires dans le tronc cérébral, dans un contexte préterminal.

Pendant que vous observez l'allure de la respiration, l'odeur de pomme verte très caractéristique des cétones peut devenir évidente. La faculté de sentir les cétones est génétiquement acquise: vous l'avez ou vous ne l'avez pas! De la même façon, et de manière évidente, on percevra l'odeur caractéristique de l'alcool et l'haleine sucrée de l'insuffisance hépatique.

État cardiovasculaire

Vous devrez mesurer la tension artérielle, la fréquence cardiaque et son rythme et la pression veineuse jugulaire (NdT: ce dernier signe n'est pas recherché en France). Les atteintes coronariennes et cérébro-vasculaires sont souvent associées, et s'il existe une cicatrice sternale, pensez à l'accident vasculaire provenant d'un embole dû à un thrombus atrial ou ventriculaire chez les patients coronariens, ou à la suite d'une hyper- ou hypo-anticoagulation après remplacement valvulaire.

Situation neurologique

L'examen neurologique est une partie de l'examen clinique de routine. L'atteinte cérébrale est une cause fréquente de perte de conscience et de coma; il n'y a aucune place pour des raisonnements trop sommaires. L'examen neurologique doit être complet et minutieux.
Commencez par la tête, recherchez un traumatisme et examinez les oreilles et le nez à la recherche de saignements.
Une nuque raide indique l'irritation méningée d'une méningite ou d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.

Il est important d'examiner de manière attentive la taille des pupilles et ses réactions à la lumière (Fig. 15.2).

- Une pupille non réactive à la lumière est une urgence neurochirurgicale. Il existe une hypertension intracrânienne; le tronc cérébral et le cervelet sont coincés (« engagés ») dans le foramen magnum, tirant sur le IIIe nerf crânien (d'où la pupille dilatée);
- Un myosis serré bilatéral oriente vers une hémorragie du pont ou une surdose en opiacés comme l'héroïne;
- Une mydriase bilatérale modérée mais réactive à la lumière est secondaire à une lésion du tronc cérébral, car le réflexe photomoteur est interrompu;
- Un myosis unilatéral avec une chute de la paupière supérieure (« ptosis ») est un syndrome de Claude Bernard-Horner qui interrompt l'innervation sympathique de l'œil;
- Une mydriase bilatérale non réactive est observée chez les patients dans un coma profond à la suite d'une surdose de barbituriques et d'une hypothermie. C'est aussi l'un des signes de mort cérébrale.

POINT PRATIQUE

Attention

Demandez l'avis d'un expert si vous suspectez un engagement.

Vous devez examiner attentivement les mouvements oculaires:

- des mouvements oculaires lents et erratiques sont observés dans le coma léger;
- une déviation (« conjuguée ») du regard latéral survient lorsque l'atteinte est localisée à un hémisphère. Les yeux regardent vers l'hémisphère lésé (et vers les membres intacts) dans les lésions touchant les voies supranucléaires, et du côté opposé à l'atteinte hémisphérique (et donc vers le côté paralysé) dans les lésions du pont;
- la réaction en « tête de poupée » est une réponse normale. La tête est tournée passivement d'un côté, les deux yeux regardent dans la direction opposée. Ce réflexe est perdu dans le coma profond et dans les lésions du tronc cérébral. Il est également absent en cas de mort cérébrale ;

Figure 15.2. Modifications pupillaires chez un patient inconscient.

• le réflexe calorique oculo-vestibulaire est aussi une réponse normale. Si l'on injecte de l'eau glacée dans le méat auditif externe, les deux yeux vont tourner vers le côté irrigué. Dans les atteintes du tronc cérébral, ce réflexe est perdu. Il est également absent en cas de mort cérébrale;
• des mouvements pendulaires des yeux vers le bas sont observés dans les hémorragies du pont et du cervelet.

POINT PRATIQUE

Attention
Ne donnez jamais des médicaments qui peuvent affecter les réflexes pupillaires chez les patients avec des troubles de la conscience avant d'avoir obtenu l'avis d'un expert.

Les réponses motrices sont difficiles à évaluer chez un patient inconscient, mais il existe des tests simples et utiles :
• une chute faciale implique une hémiplégie;
• le tonus musculaire peut être augmenté ou diminué d'un côté, suggérant la lésion d'un hémisphère;
• la réponse à des stimuli douloureux peut être plus marquée d'un côté que de l'autre;
• un regard qui se détourne devant une main menaçante sur un côté du visage évoque un clignement réflexe des yeux. S'il est absent, le patient présente au moins un déficit visuel d'un côté et une hémianopsie;
• l'absence des réflexes tendineux d'un seul côté oriente vers une hémiplégie;
• le réflexe cutané plantaire est souvent en extension dans le coma;
• des postures anormales peuvent être adoptées en réponse à des stimuli douloureux. Un patient qui étend les bras et les jambes en réponse à une douleur présente un coma plus profond que le patient qui répond en fléchissant ses membres.

Les étiologies « chirurgicales » du collapsus peuvent aussi être évoquées. Recherchez toujours une défense abdominale et des bruits aériques: un ulcère perforé, une pancréatite ou la rupture d'un anévrisme abdominal peuvent se présenter par un collapsus.

Examens complémentaires

Le but des investigations est d'établir la cause de la perte de conscience. Connaître les causes les plus fréquentes permet d'ordonner plus facilement les tests et d'éviter des investigations spéculatives inutiles.
Voici une courte liste:
• numération formule sanguine: une augmentation des blancs peut indiquer une infection;
• urée, sodium, potassium, calcium et fonctions hépatiques;
• recherche de médicaments: paracétamol et salicylés, 20 ml supplémentaires sont nécessaires si d'autres recherches sont menées;
• cortisol et fonction thyroïdienne;
• hémoculture;
• ponction lombaire, uniquement si une méningite ou une encéphalite sont suspectées et qu'un scanner cérébral a éliminé une lésion intracrânienne. Ceci peut provoquer un engagement létal ;
• un scanner cérébral ou une IRM (imagerie par résonance magnétique) peut être nécessaire. Un patient sous ventilation assistée peut tout de même passer un scanner cérébral (ou une IRM [NdT]).

Surveillance

Il est important de pouvoir établir si l'état du patient s'améliore ou s'aggrave. Répéter toutes les heures les examens ci-dessus prendrait trop de temps; c'est pourquoi l'échelle de coma de Glasgow, présentée dans le Point de révision 15.3, a été créée et largement adoptée. En recherchant les réponses spécifiques à des ordres ou à des stimuli douloureux, il est facile de préciser l'état clinique du patient et de relever toute modification, dans le bon ou le mauvais sens. Les stimuli douloureux sont administrés par une pression importante sur le sternum, le lit des ongles ou sur les rebords supra-orbitaires.
Le tableau se remplit simplement et offre une présentation visuelle instantanée de l'état présent et passé du patient. Un patient peut être considéré dans un coma profond avec un score initial de 3, mais après quelques heures, sa situation peut s'améliorer, ce qui se manifeste par un score croissant.

POINT DE RÉVISION **15.3**

Le score de coma de Glasgow

ÉVALUATION	*SCORE*
Mouvements oculaires (0)	
Spontanés	4
Réponse à la parole	3
Réponse à la douleur	2
Aucune	1
Réponse motrice (M)	
Obéit à la commande	6
Localisée	5
Se retire du stimulus	4
Flexion anormale	3
Réponse en extension	2
Aucune	1
Réponse verbale (V)	
Orientée	5
Confuse	4
Mots inappropriés	3
Sons incompréhensibles	2
Aucune	1

• PRISE EN CHARGE

L'orientation vers une réanimation médicale ou neurochirurgicale dépend des disponibilités locales et des besoins du patient, mais dans tous les cas, des soins attentifs et un monitoring continu sont essentiels pour identifier les changements d'état du patient, en particulier l'aggravation du niveau de conscience et des fonctions vitales.

Une attention particulière doit être apportée aux soins de la peau, des yeux et de la bouche. On évaluera la compensation liquidienne en estimant la perte insensible (qui peut excéder 2 l par jour) et le débit urinaire (un sondage peut-être nécessaire). Une alimentation n'est habituellement pas nécessaire pendant les premiers jours. Si la cause est identifiée, le traitement approprié doit débuter mais chez certains patients, il y a peu de choses à faire en dehors des soins.

Principales causes des troubles de la conscience

• 20 % des patients inconscients à leur arrivée à l'hôpital le sont par surdosage médicamenteux ou par intoxication. La plupart ont pris des l médicaments qui traînaient et les ont avalés avec de l'alcool. L'aspirine, le paracétamol, les hypnotiques et les antidépresseurs sont facilement disponibles;

• hypo- ou hyperglycémie et acidose métabolique;

• défaillance des organes principaux (foie, reins et défaillance respiratoire avec hypercapnie) ;

• méningo-encéphalite, trauma, abcès, hématomes, hypoxémie, lésions corticales ou du tronc cérébral d'origine ischémique ou hypertensive;

• troubles de la calcémie, de la natrémie et de la kaliémie;

• maladies hypophysaires, surrénaliennes et thyroïdiennes;

• hypothermie.

• MORT CÉRÉBRALE

Les fonctions du tronc cérébral sont essentielles à la vie. A un certain moment, les médecins doivent décider si le tronc cérébral est encore fonctionnel et s'il peut maintenir la vie. Des patients qui restent inconscients et non réactifs présentent probablement des « pertes irréversibles des facultés de conscience avec une disparition de la capacité à respirer ».

Des lésions cérébrales irréversibles peuvent laisser le patient dans un état de « mort cérébrale » mais avec un cœur continuant à battre, capable de maintenir une circulation.

Certaines conditions doivent être réunies avant de décider de la réalisation des tests de mort cérébrale:

• la cause du coma doit être connue et irréversible ;

• l'hypothermie, les étiologies métaboliques et pharmacologiques (myorelaxants et alcool inclus) doivent être exclues.

Deux tests sont conduits à 24 h d'intervalle par des médecins seniors (thèses depuis cinq ans et plus). Un des médecins doit être indépendant de l'équipe qui a pris en charge le patient. (NdT: la loi française est différente : le diagnostic de mort cérébrale doit être posé par deux médecins dont un indépendant, en associant les signes cli-

niques, soit deux enregistrements EEG « nul » (c'est-à-dire sans activité électrique cérébrale organisée), soit par une angiographie cérébrale qui démontre un arrêt circulatoire cérébral.)

Pour poser le diagnostic de mort cérébral, le médecin doit rechercher les éléments suivants :

- absence de réponse à la douleur périphérique et centrale;
- absence de réflexe photomoteur;
- absence de mouvements oculaires à la manœuvre de rotation de la tête (cf. réaction en « tête de poupée ») et à l'injection d'eau froide dans les oreilles;
- absence du réflexe cornéen;
- disparition du réflexe nauséeux à la stimulation du pharynx par une sonde d'aspiration;
- absence de réflexe de toux à la stimulation du larynx avec une spatule;
- absence d'effort respiratoire.

La ventilation artificielle est arrêtée jusqu'à ce que la pression partielle de CO_2 augmente suffisamment pour stimuler le tronc cérébral, mais notez :

- avant ce test, on ventilera pendant cinq minutes avec 5 % de CO_2 et 95 % d'O_2 pour assurer une stimulation adéquate des centres respiratoires en évitant l'hypoxie;
- l'oxygène peut-être donné pendant le test via une sonde d'intubation à 6 l par minute.

Lorsque la mort cérébrale a été confirmée, le respirateur peut être arrêté. Votre responsabilité est alors de soutenir la famille du mieux que vous pourrez et de les laisser au chevet de leur parent aussi longtemps qu'elle le souhaite.

POINT DE RÉVISION **15.4**

Résumé : évaluation d'un patient inconscient

Essayez d'établir l'histoire en utilisant des informations à partir de toutes les sources possibles.

Faites une évaluation rapide pour savoir si une réanimation cardiorespiratoire est nécessaire.

Faites un examen général détaillé à la recherche de causes spécifiques.

Indiquez des examens complémentaires en recherchant les causes les plus fréquentes de coma.

Évaluez et notez la profondeur du coma sur l'échelle de Glasgow.

Proposez un « diagnostic principal » basé sur la cause la plus probable de la perte de conscience.

Enregistrez les modifications du niveau de conscience sur l'échelle de Glasgow.

Proposez un plan adapté de prise en charge.

16

Problèmes oculaires pour non-spécialistes

L'œil peut être affecté précocement par des maladies systémiques. Vous pouvez percevoir ces signes en examinant directement le tissu nerveux et les vaisseaux sanguins dans et autour de l'œil. Toutefois, avant de poser le diagnostic d'une maladie systémique à partir de signes oculaires, il est souvent important d'éliminer une maladie de l'œil lui-même. Par exemple, éliminez la possibilité d'un décollement de rétine avant de vous embarquer dans des investigations invasives devant un déficit inhabituel du champ visuel.

L'arsenal de l'ophtalmologiste comprend de nombreux instruments sophistiqués et ingénieux, mais il est toujours possible de faire des observations utiles sans eux, ou avec un simple ophtalmoscope. Dans ce chapitre, nous envisagerons les types de maladies systémiques qui se manifestent dans l'œil, mais vous devez vous rappeler que beaucoup de signes oculaires peuvent être dus à des maladies oculaires, comme la cataracte, le glaucome ou la dégénérescence maculaire. Ces trois situations sont très fréquentes chez les patients âgés, et les reconnaître permet de traiter une cécité ou préserver la vision.

POINT PRATIQUE

La cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire sont fréquents chez les personnes âgées et leur évaluation correcte permet de préserver la vision.

• SIGNES CLINIQUES DÉCELABLES SANS INSTRUMENT

Lésions des paupières

Un **gonflement des paupières** peut être dû à:

- un œdème apparu au cours de la nuit chez une personne d'âge moyen, sans maladie systémique évidente;
- une hypo- ou hyperthyroïdie (Fig. 10.6);
- des signes de maladies rénales, d'insuffisance cardiaque ou d'obstruction de la veine cave supérieure;
- une réaction d'hypersensibilité systémique aiguë, par exemple après une injection de pénicilline;
- une complication rare de la sarcoïdose ou d'un lymphome (le gonflement est ferme);
- un eczéma atopique et un psoriasis, comme localisation particulière d'une maladie cutanée généralisée;
- un érysipèle occasionnel, étiologie rare mais potentiellement grave avec un gonflement bilatéral des paupières et inflammation.

Le **xanthélasma** (Fig. 4.4) est un dépôt jaunâtre fréquent, observé chez les personnes âgées, touchant habituellement la peau des paupières et pouvant être associé à une hypercholestérolémie.

Une **infection staphylococcique** des follicules ciliaires et des glandes accessoires de la marge des paupières provoque un gonflement des paupières et une rougeur. Un orgelet est une affection du follicule ciliaire, et un « chalazion » est un petit kyste de la paupière provoqué par l'infection d'une glande de meiboman.

Un **herpès** doit toujours être évoqué, en particulier lorsqu'il est associé à des céphalées, mais

le développement d'un rash accompagne ou précède habituellement l'œdème (Fig. 7.10).
Un **hémangiome capillaire** des paupières et de la face, couleur « lie de vin », peut s'intégrer dans un syndrome de Sturge-Weber. Les patients souffrent d'un glaucome associé à une hémangiomatose méningée, et nécessitent une investigation spécialisée (Fig. 16.1).

Figure 16.1. Syndrome de Sturge-Weber. Lorsque l'atteinte « lie de vin » touche la partie supérieure de la face, il faut rechercher un glaucome oculaire. Noter également l'arc sénile.

Exophtalmie

La protrusion vers l'avant du globe est appelée exophtalmie. Il existe de nombreuses causes d'exophtalmie, l'hyperthyroïdie étant la plus habituelle, mais une exophtalmie unilatérale asymptomatique doit vous alerter quant à la possibilité d'une tumeur orbitaire (Fig. 16.2). Parfois un œil est plus grand que l'autre, donnant une fausse impression d'exophtalmie. L'œil plus grand est myope, et le diagnostic d'un œil anormalement grand peut être fait par réfraction (mesures d'orthoptie).

Figure 16.2. Exophtalmie unilatérale due à une tumeur rétro-orbitaire.

L'exophtalmie s'observe également dans la maladie de Basedow.
Vous devez évaluer l'exophtalmie en vous plaçant derrière un patient assis et en regardant vers le bas pour comparer la position des globes par au-dessus. Cette méthode simple permet d'éviter de prendre l'écartement des paupières d'un côté pour une véritable exophtalmie. Rappelez-vous que l'ouverture palpébrale se rétrécit avec l'âge par une position plus basse des paupières par rapport aux globes (Point de révision 16.1).

POINT PRATIQUE

Une exophtalmie unilatérale indolore peut être due à une tumeur rétro-orbitaire.

POINT DE RÉVISION **16.1**

Causes des exophtalmies

Trouble primordial	*Signes cliniques*
Paralysie musculaire	Une exophtalmie de 1 à 2 mm accompagne une paralysie des muscles extra-oculaires.
Infection	La cellulite orbitaire est habituellement secondaire à une sinusite adjacente. Nécessite des investigations urgentes.
Thyréotoxicose (hyperthyroïdie)	Cause la plus fréquente d'exophtalmie uni ou bilatérale ; recherchez des signes de l'autre œil.
Traumatisme	Hémorragie rétro-orbitaire.
Tumeur	L'hémangiome est le plus fréquent mais d'autres tumeurs comme les méningiomes peuvent survenir.
Pseudotumeur	Gonflement chronique localisé et inflammatoire de cause inconnue.
Mucocèle des sinus	
Tumeur lymphomateuse	

Gonflement des glandes lacrymales et du sac

Un gonflement unilatéral de la glande lacrymale peut être provoqué par des tumeurs, par exemple un carcinome ou un lymphome. L'œdème bilatéral n'est pas rare, comme dans le syndrome de Sjögren (œil sec et polyarthrite rhumatoïde) ou la sarcoïdose. La dacryocystite ou inflammation du sac lacrymal provoque un gonflement rouge et sensible en dessous du canthus interne (Fig. 16.3).

Figure 16.3. Dacryocystite aiguë. Noter la rougeur et le gonflement de l'angle interne de l'œil.

Modifications de la conjonctive et de la sclère

Rappelez-vous que l'aspect « blanc » de l'œil ne dépend pas seulement de la couleur de la sclère, mais aussi des modifications de la conjonctive bulbaire qui la recouvre. La conjonctive bulbaire couvre le globe oculaire et se poursuit avec la conjonctive palpébrale au niveau de la face profonde des paupières.

La conjonctive palpébrale des paupières inférieures peut donner des indications sur l'anémie. Un ictère, même modeste, peut être évident par la coloration jaune de la conjonctive et de la sclère. Lorsque la conjonctive est œdémateuse, la membrane épaissie et brillante bombe discrètement le long de la marge de la paupière, donnant l'impression que les yeux sont mouillés de larmes (chémosis). Cette « larme qui ne coule jamais » est observée dans l'hyperthyroïdie et dans d'autres conditions œdémateuses, comme l'insuffisance cardiaque.

L'œil rouge dans les maladies systémiques

Hémorragie sous-conjonctivaie. Une collection spontanée et sous-conjonctivale de sang est une cause fréquente d'ceil rouge aigu ; la plupart du temps, le patient est en bonne santé. Des hémorragies sous-conjonctivales récidivantes font suspecter un diabète ou des troubles de la crase sanguine. Des hémorragies sous-conjonctivales peuvent être provoquées par des efforts de vomissements, une strangulation ou des efforts respiratoires extrêmes (Fig. 16.4).

Figure 16.4. Hémorragie sous-conjonctivale due à un épisode d'arrêt cardio-respiratoire.

Episclérite. Ce terme désigne une inflammation du tissu sous-jacent de la conjonctive. Il est plus douloureux qu'une conjonctivite et sans écoulement purulent. L'épisclérite peut être un signe important de la polyarthrite rhumatoïde. Elle est observée dans certaines autres maladies des articulations et du tissu conjonctif, en particulier le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. Moins fréquemment, la sclère peut être touchée par une inflammation: la sclérite. Elle est très douloureuse et les cas les plus sévères peuvent conduire à une nécrose de la sclère. Après cicatrisation, la surface de la sclère peut apparaître d'un bleuâtre foncé.

Associé avec des maladies cutanées, un œil rouge survient avec:

- un eczéma atypique qui peut être associé à une atteinte de la peau des paupières, et occasionnellement de l'œil lui-même;
- une conjonctivite allergique. Les paupières s'épaississent et les cils disparaissent après des

années d'irritation récidivante et de desquamation de fa peau;
- une acné rosacée.

Kérato-conjonctivite. C'est une inflammation de la cornée et de la conjonctive qui peut être due à une sécrétion inappropriée de larmes, ou à un défaut de fermeture lors du clignement des yeux ou pendant le sommeil. Elle peut survenir au cours de l'hyperthyroïdie ou après une paralysie faciale.

Les autres causes diverses d'œil rouge comprennent:
- la polycythémie;
- l'alcoolisme chronique (causant la dilatation des vaisseaux conjonctivaux) ;
- une insuffisance rénale;
- des crises de migraine (du côté touché au cours de la crise [Fig. 26.2]) ;
- la télangiectasie permanente de la conjonctive, comme dans l'ataxie-télangiectasie et le syndrome de Rendu-Osler-Weber (Fig. 6.4).

POINT PRATIQUE

Devant un œil rouge, n'oubliez jamais la possibilité de causes intraoculaires, par exemple le glaucome ou l'irido-cyclite. Elles peuvent conduire à une cécité si le traitement n'est pas immédiat.

Sclère bleue

La couleur blanche des yeux prend une teinte bleue lorsque la sclère est fine et permet d'observer par transparence le pigment foncé en profondeur. Des patients avec une polyarthrite rhumatoïde sévère et des antécédents de sclérite peuvent présenter une coloration bleutée plus soutenue de la sclère. Ceci est plus apparent en soulevant la paupière supérieure. Cet aspect bleuté est parfois observé dans le syndrome d'Ehlers-Danlos, une maladie héréditaire du tissu élastique, provoquant une hyperélasticité de la peau et une hyperlaxité des articulations. Le bleuissement de la sclère est aussi une caractéristique de la maladie des os de verre.

Sclère et conjonctive brunes

La mélanose pré-cancéreuse de la conjonctive provoque une pigmentation diffuse et brune. En fait, ce type de pigmentation peut être observé de nombreuses années auparavant, sans contexte de malignité. L'ochronose est une atteinte exceptionnellement rare du métabolisme de l'acide homogentisique. Un pigment brun foncé dérivé de l'acide homogentisique se dépose sur les tissus, dont la cornée et la sclère.

Déficits musculaires oculomoteurs

Explorez les mouvements oculaires en demandant à votre patient de suivre une lumière ou la pointe d'un stylo dans les directions cardinales du regard. Un œil sera peut-être en décalage, les yeux peuvent ne pas se mobiliser ensemble, par exemple dans le cas d'un strabisme, mais cela ne signifie pas forcément un déficit musculaire. En réalité, la plupart des cas de strabisme de l'enfance s'accompagnent d'une mobilité des yeux dans toutes les directions, et sont dus à des troubles de la coordination entre la convergence et l'accommodation.
Il faut suspecter une cause grave lorsque le patient se présente avec un strabisme dû à une paralysie oculomotrice.

POINT PRATIQUE

Un strabisme aigu chez l'adulte est dû à une lésion grave sous-jacente.

Un strabisme brutal chez l'adulte peut être parfois dû à un trouble de la balance musculaire, mais l'étiologie principale est la paralysie d'un nerf crânien, ce qui nécessite un bilan rapide. Ces épisodes de strabisme s'accompagnent d'une diplopie. Si la diplopie s'aggrave au cours de la journée ou avec la fatigue, il faut évoquer la myasthénie, en particulier s'il y a une ptose. Les causes générales de déficit des muscles oculomoteurs sont présentées dans le Point de révision 16.2.

POINT DE RÉVISION 16.2
Causes générales de déficits oculomoteurs

Maladie musculaire
- Hyperthyroïdie
- Myasthénie

Lésion nerveuse
- Vasculare, hypertension, diabète
- Processus expansif intracrânien
- Effet diffus d'une hypertension intracrânienne
- Traumatisme
- Sclérose en plaques

Nystagmus *{cf.* chapitres 7 et 17)

L'examen simple des mouvements oculaires révélera la présence d'un nystagmus si ce n'est pas évident au premier abord. De manière générale:

- le nystagmus de type irrégulier, rotatoire ou horizontal, présent dans toutes les positions du regard, sans sensation subjective de mouvement, est congénital. Un examen ophtalmologique plus complet est nécessaire en raison de la présence de lésions associées;
- un nystagmus dans le regard latéral oriente vers une atteinte musculaire, mais un nystagmus bref dans les positions extrêmes du regard peut être observé chez des personnes normales;
- un nystagmus qui persiste dans le regard latéral ou vertical doit faire suspecter une atteinte neurologique plus diffuse.

Ptosis

La chute d'une des paupières (ptosis) est habituellement congénitale, mais une ptôse acquise est souvent un signe important d'une maladie générale (Fig. 16.5). Les causes principales sont résumées dans le Point de révision 16.3. Le ptosis associé aux lésions des nerfs sympathiques est très discret (comme dans le syndrome de Claude Bernard-Horner) et peut être méconnu si l'examen n'est pas attentif.

Figure 16.5. Ptosis chez une patiente avec une myopathie.

Troubles pupillaires

Un réflexe pnotomoteur anormal est peut-être le signe le plus important de tous les signes systémiques de l'œil (Fig. 16.6). Le réflexe photomoteur est présent à la naissance, mais la petite taille des pupilles du jeune enfant rend l'examen plus difficile. Les enfants plus âgés ont des pupilles plus grandes, et la taille diminue lentement avec l'âge. La pupille se dilate à l'excitation et se contracte pendant le sommeil ou une anesthésie générale. L'intoxication à la morphine provoque un rétrécissement des pupilles.

Lorsque vous testez les pupilles, recherchez:

- la taille initiale et toute irrégularité;
- le réflexe photomoteur direct et consensuel;
- les réactions à l'accommodation.

Le réflexe photomoteur représente une évaluation importante de la conduction du nerf optique. Une atteinte de la voie afférente est révélée en déplaçant la lumière de l'œil normal vers l'œil affecté. La pupille se dilatera lorsque la lumière s'éloignera de l'autre côté.

POINT DE RÉVISION 16.3
Causes du ptosis

Congénitale	
Myogène	Myasthénie (autre myopathie)
Neurogène	Sympathique (Claude Bernard-Horner) Paralysie du nerf oculomoteur (III) Toutes lésions sur les voies de ces nerfs
Mécanique	Inflammation, hypertrophie cutanée
Pseudo-ptosis	Petit œil, œil atrophique, rétraction de la paupière de l'autre côté

Figure 16.6. Les voies pupillaires. Les fibres afférentes du réflexe photomoteur (rouge) courent dans les nerfs et tractus optiques. Elles forment une synapse dans les colliculi supérieurs (noyaux prétectaux) où naissent les fibres du second neurone. Elles relient les noyaux d'Edinger-Westphal ipsi et controlatéraux. Les fibres iridoconstrictrices (vert) passent alors dans le III° nerf vers le ganglion ciliaire.

Le réflexe photomoteur direct est une réponse à la lumière plutôt qu'à des images; il n'est donc pas altéré par des corps opaques dans l'œil. Une lésion rétinienne localisée n'affecte pas le réflexe photomoteur, sauf si elle est localisée sur la région maculaire. Par contre, des lésions du nerf optique peuvent affecter la voie afférente pupillaire sans aucune proportion avec la perte de vision. Il s'agit d'un signe important dans le diagnostic de névrite optique.

Pupille aréactive

Quand la pupille ne réagit pas, faites le test dans une chambre noire. Il est utile de rappeler que:

- les petites pupilles des personnes âgées peuvent apparaître non réactives à un œil non exercé lorsque elles sont testées à la lumière du jour;
- les pupilles des patients diabétiques peuvent être petites et réagir lentement en raison d'une neuropathie végétative;
- des patients aux antécédents d'irido-cyclites chroniques peuvent avoir des adhérences entre l'iris et le cristallin qui empêchent les mouvements normaux de l'iris.

Pupille anormalement dilatée (hydriase [NdT])

Une mydriase unilatérale peut être due à :

- des collyres administrés localement dans l'œil, cause la plus fréquente;
- le syndrome de Holmes-Adie. Cette situation est très fréquente chez la jeune femme. La pupille touchée est habituellement dilatée et se contracte très lentement lors d'une stimulation directe ou indirecte. En pleine lumière, la pupille peut être rétrécie du côté touché et peut mettre une demi-heure à se dilater dans une chambre noire. La réaction pupillaire tonique peut être associée avec une abolition des réflexes ostéotendineux des membres. Après une période de plusieurs mois ou années, l'autre œil peut être également touché. Le handicap général est minime;
- le glaucome aigu à angle fermé peut parfois se présenter par une dilatation pupillaire sans douleur oculaire au premier plan;
- la paralysie du troisième nerf crânien. Le nerf oculomoteur conduit les fibres responsables de la constriction de la pupille; si la paralysie oculomotrice est complète, elle est associée à une mydriase. Pour cette raison, la dilatation de la pupille peut être le signe d'une hypertension intracrânienne après un traumatisme cérébral;
- une pupille plus grande que l'autre peut également être une anomalie congénitale. Les deux yeux réagissent normalement dans ces circonstances.

Pupille anormalement rétrécie (myosis [NdT])

Les causes possibles sont:

- l'utilisation de gouttes myotiques pour le glaucome. Elles sont parfois utilisées dans le traitement du glaucome bien que la majorité des traitements ne provoque pas de constriction de la pupille;
- un syndrome de Claude Bernard-Horner. Le syndrome complet comprend un myosis, un rétrécissement de la fente palpébrale évoluant vers une paralysie du muscle releveur de la paupière, une perte de la sudation du côté touché de l'extrémité céphalique et une réduction modeste de la pression intraoculaire. Lorsque vous observez une pupille rétrécie d'un côté, recherchez toujours attentivement la position des paupières. Le syndrome de Claude Bernard-Horner peut être dû à une grande diversité de lésions le long de la voie sympathique, mais peut souvent être observé sans aucune cause détectable sous-jacente ;
- la pupille d'Argyll Robertson, un exemple rare mais bien connu de myosis qui répond à l'accommodation, mais pas à l'éclairage direct. Ce type de réaction pupillaire était originellement décrit dans la neurosyphilis, même s'il est maintenant observé plus fréquemment au cours du diabète.

Couleur de l'iris

L'iris normal présente des couleurs variées, du bleu ou vert vers le brun, et la répartition exacte de la pigmentation est une des caractéristiques du visage. À la naissance, l'iris a une couleur grise évoluant vers sa couleur adulte après six mois. Des iris fortement pigmentés sont bruns, les bleus sont peu pigmentés.

Les changements de couleur de l'iris sont habituellement significatifs. Un iris bleu peut devenir brun après traitement pour glaucome avec un collyre au latanoprost (prostaglandine [NdT]) et un iris brun devenir bleu-gris après une iridocyclite chronique. D'autres situations pathologiques peuvent altérer la couleur de l'iris. Une hémorragie intraoculaire peut donner à l'iris une teinte verte et la sidérose provenant de corps étrangers intraoculaires peut faire tourner l'iris au brun. Une atteinte ischémique sévère de l'œil, observée occasionnellement dans le diabète ou après une thrombose d'une veine rétinienne, peut présenter un iris rose en raison de l'extension de fins néo-vaisseaux sur la surface antérieure (iris rose). Les sujets albinos ont des yeux bleus, mais les iris peuvent être transilluminés en focalisant le faisceau d'une lampe à travers la pupille. Dans le syndrome de Down (trisomie 21), des nodules blancs sont alignés autour de l'iris. Ils sont connus sous le nom de tâches de Brushfield et sont observés occasionnellement chez des sujets normaux. Les patients porteurs de la maladie de Von Recklinghausen (neurofibromatose) présentent un certain nombre de nodules bruns neurofibromateux de l'iris (nodules de Lisch).

• SIGNES OCULAIRES DÉCELABLES AVEC DES INSTRUMENTS DE BASE

Mesure de l'acuité visuelle

Le non-spécialiste néglige parfois ce test basique et important de l'acuité visuelle. L'évaluation par le patient de son état visuel peut se révéler erronée lorsque les mesures de l'acuité visuelle ont été faites. Une série de lettres de tailles différentes sont présentés sur un tableau situé à 6 m. Une personne à la vision normale peut lire, à 60 m, les plus grandes lettres dans le haut du tableau. Si le patient ne peut voir que la lettre du haut, la vision est notée « 6/60 ». Une personne normale peut lire les plus petites lettres à 6 m, l'acuité visuelle est alors cotée 6/6, ou même mieux, 6/5 ou 6/4. Il est évidemment important de quantifier les symptômes visuels du patient de cette manière; mais souvent la vision est altérée par la perte de la vision périphérique. Quand ceci survient, l'acuité visuelle peut rester normale même avec un rétrécissement important du champ, car les 5 degrés centraux du champ sont spécialisés dans la détection des détails fins.

Tester le champ visuel

La manière la plus simple de tester le champ visuel se fait par la confrontation. Demandez à votre patient de couvrir un œil avec sa main, et faites de même afin que le champ visuel du patient puisse être comparé au vôtre. Demandez au patient de dire « oui » s'il perçoit de légers mouvements de vos doigts.
Ce test peut être réalisé de manière plus précise en utilisant une aiguille avec une tête rouge comme cible.
Toutefois, aucune des techniques de confrontation ne peut concurrencer la périmétrie formelle. Le périmètre de Lancaster est le plus utilisé. L'aspect des déficits du champ visuel apporte des informations très utiles sur la localisation des lésions des voies visuelles et de la rétine (Fig. 7.5).

- Les lésions du nerf optique en avant du chiasma provoquent un déficit unilatéral, car la moitié droite de chaque rétine est réunie par les nerfs à la moitié droite du cortex occipital, et parce que les fibres de la moitié nasale de chaque rétine se croisent dans le chiasma optique;
- Les lésions en arrière du chiasma provoquent des déficits hémi- ou quadranopsiques;
- Les lésions du cortex occipital ont tendance à être plus harmonieuses, c'est-à-dire identiques de chaque côté. Les lésions corticales montrent également une meilleure préservation de la vision centrale (épargne maculaire) ;
- Les lésions hypophysaires expansives, réalisant une compression du centre du chiasma, provoquent un déficit bitemporal.

Les déficits localisés de la rétine provoquent des déficits localisés du champ visuel équivalents. Les déficits dus à une atteinte rétinienne sont relativement fréquents, par exemple ceux dus au glaucome sénile. Il est surprenant de constater que les patients n'éprouvent aucune gêne à la perte extensive de la vision périphérique. Les patients souffrant d'hémianopsie peuvent continuer à conduire en dépit des risques vitaux et corporels, car ils méconnaissent l'étendue de leur déficit.

Ophtalmoscopie

L'étude des maladies oculaires a été révolutionnée par l'invention de l'ophtalmoscope en 1850 par Hermann Von Helmholtz. Le problème nous semble simple aujourd'hui ; il s'agit de regarder dans un coffre sombre à travers le trou d'une serrure. Dès que l'œil se place devant le trou de la serrure, la lumière ne pénètre plus dans le coffre. Le secret est de regarder le long de la raie de lumière. Ceci peut être réalisé en regardant à travers le trou dans un miroir incliné.
L'instrument moderne (Fig. 16.7) possède une pile, de préférence rechargeable, une ampoule, de préférence allogène, un petit miroir et une série de lentilles qui peuvent être interposées pour permettre la correction de la vision du patient et de l'observateur, en tournant la mollette crantée du disque dans lequel les lentilles sont disposées.

Figure 16.7. L'ophtalmoscope.

Vous devez apprendre à utiliser l'ophtalmoscope de manière efficace et effective :
- Demandez à votre patient de s'asseoir sur une chaise et de regarder droit devant lui;

• Tenez l'instrument verticalement et placez votre œil à une distance d'environ 50 cm;
• Rapprochez-vous (Fig. 16.8);
• Tenez l'instrument dans votre main droite et utilisez votre œil droit pour observer l'œil droit du patient;
• Puis, utilisez votre main gauche et votre œil gauche pour observer l'œil gauche du patient.

Figure 16.8. Ophtalmoscopie. Noter: l'œil droit pour le droit du patient, l'œil gauche pour le gauche du patient.

Apprenez à le faire de cette manière; sinon les nez entrent en contact, ce qui est embarrassant. Vous devez débuter votre examen à une distance qui permet de voir les structures optiques. C'est la meilleure manière de détecter des opacités de la cornée, du cristallin et du vitré, et en particulier une cataracte. Il est utile d'observer une méthode de routine pour l'examen :

Observez la papille optique. File est située médialement (nasalement), au pôle postérieur de l'œil et juste au-dessus du méridien horizontal;

Suive/ les vaisseaux. Les branches supérieures et inférieures des vaisseaux rétiniens centraux se divisent en branches nasales et temporales, et chacune des quatre branches doit être suivie tour à tour jusqu'à la périphérie;

Observez la fovéa. Demandez simplement à votre patient de regarder à la lumière. La fovéa ne peut être observée convenablement qu'avec une pupille dilatée. Elle apparaît comme un point minuscule entouré d'un pigment jaune;

Observez l'entourage. Recherchez entre les vaisseaux toute anomalie comme des hémorragies, des exsudats, une pigmentation anormale. On observe ainsi la vascularisation choroïdienne à l'extérieur et au-delà des vaisseaux rétiniens dans beaucoup de fonds d'œil normaux.

Observez la périphérie. Demandez au patient de regarder vers les extrêmes du regard et donnez une lentille « de plus » sur l'ophtalmoscope. L'examen de la périphérie du fond d'œil est déterminant en ophtalmoscopie de routine, mais demande davantage de temps et d'habitudes que l'examen du pôle postérieur.
Lorsque l'on apprend à utiliser l'ophtalmoscope, il y a deux problèmes principaux. Tout d'abord, le champ de vision est très petit et les séries d'images du fond d'œil doivent être mémorisées. Deuxièmement, les réflexions de la lumière sur la cornée peuvent apparaître comme une nuisance et peuvent tout d'abord interférer avec l'observation. La pratique et une coordination adaptée entre la main et l'œil réduiront progressivement ces difficultés.

L'ophtalmoscope à laser est maintenant disponible. Cet instrument fournit une image « télévisuelle » du fond de l'œil, qui peut être stockée sur un disque et étudiée dans un second temps; les étudiants du futur n'auront probablement jamais besoin d'apprendre à utiliser l'ophtalmoscope lorsque ces instruments seront facilement disponibles.

• ASPECT OPHTALMOSCOPIQUE DES MALADIES SYSTÉMIQUES

Système cardiovasculaire

Les modifications des vaisseaux rétiniens reflètent la vitesse de progression et la sévérité de l'hypertension artérielle. Les premiers signes sont l'irrégularité du calibre artériolaire et la tortuosité des artérioles périmaculaires. La réflexion lumineuse sur les parois des artérioles est accentuée, leur donnant l'aspect de « fils d'argent ». Le rétrécissement des veines au point de croisement avec une artériole est également un

important signe précoce. Chez les patients avec une hypertension progressive, les artérioles de la rétine deviennent significativement rétrécies et irrégulières. Des exsudats fibreux peuvent apparaître irradiants autour de la macula pour donner l'aspect d'une étoile maculaire. Des exsudats particuliers (tâches floconneuses) indiquent la présence d'infarctus dans la couche des fibres nerveuses. L'œdème papillaire est présent dans les cas sévères (Fig. 2.14).

Occlusion de l'artère centrale de **la** rétine (Fig. 16.9). Elle se présente par une perte brutale de la vision d'un œil; la rétine apparaît pâle et œdémateuse avec des artérioles rétrécies. La région maculaire peut être préservée avec une couleur rouge normale entourée d'une rétine œdémateuse de périphérie. Cette situation peut être secondaire à une maladie vasculaire et à l'hypertension, ou elle peut être due à un embole d'origine cardiaque ou carotidienne interne.

Figure 16.9. Occlusion de l'artère centrale de la rétine. Noter la région grise et l'œdème autour de la couleur normale rouge de la fovéa.

Occlusion de la veine centrale de la rétine (Fig. 16.10). Elle se manifeste par une vision trouble plutôt que par une baisse d'acuité; l'aspect le plus marquant du fond d'œil est la multiplicité des hémorragies avec engorgement des veines. Cette situation peut être associée à l'hypertension ou à l'hyperviscosité du sang; toutefois, dans beaucoup de cas, l'étiologie ne peut être trouvée. L'occlusion de la veine centrale de la rétine peut être associée au glaucome primitif à angle ouvert.

Figure 16.10. Occlusion de la veine centrale de la rétine.

Artérite crânienne ou temporale *[cf.* chapitre 26). C'est une cause de perte soudaine de la vision chez une personne âgée; le second œil peut être touché ultérieurement, provoquant une cécité complète. Ce n'est pas une maladie rare chez les personnes âgées, et elle se présente avec des céphalées sévères et une sensibilité des artères extracrâniennes. Ces dernières deviennent enflammées, sensibles et souvent occluses et sans pouls. La perte de vision est due à une insuffisance artérielle et l'inspection des fonds d'œil peut révéler un œdème papillaire et un rétrécissement marqué des artérioles. L'aspect d'une occlusion d'artère centrale de rétine est parfois observé.

Modifications inflammatoires de la rétine et des vaisseaux rétiniens. Elles sont observées dans une grande variété de maladies systémiques. Elles peuvent prendre l'aspect d'un engorgement veineux et d'un engagement avec suffusion sanguine dans le vitré, ou un rétrécissement artériel avec ischémie rétinienne. Le lupus érythémateux systématisé peut provoquer de nombreuses tâches cotonneuses sur le fond d'œil, et de manière similaire, le syndrome **de Behçet** peut être associé à une ischémie rétinienne, bien qu'ici la présence d'un hypopion récidivant (pus dans la chambre antérieure) peut

masquer le fond d'œil. La présence de tâches cotonneuses chez une personne jeune doit faire suspecter l'auto-injection de drogues et une infection par le virus VIH. Les diabétiques sévères et souvent mal équilibrés peuvent présenter des tâches cotonneuses. Les aspects caractéristiques de la rétinopathie diabétique sont décrites ailleurs (Fig. 10.1 et 10.2).

Diabète

Il représente toujours la cause la plus fréquente de cécité de la tranche la plus jeune de la population; les patients insulinodépendants sont particulièrement vulnérables, en particulier ceux qui ont eu un contrôle très lâche de leur diabète. L'apparition de la **rétinopathie proliférante** (formation de nouveaux vaisseaux et suffusions hémorragiques dans la rétine et le vitré) peut survenir rapidement, en deux ou trois mois. Ces patients requièrent un traitement urgent au laser et parfois une chirurgie du vitré (Fig. 16.11a).
Les patients dont le diabète évolue depuis de nombreuses années présentent une **rétinopathie à l'arrière plan** (micro-anévrismes et exsudats fibreux) qui, lorsqu'elle touche la région maculaire, provoque une perte de la vision à la lecture (Fig. 16.11b). L'engorgement veineux et les exsudats floconneux annoncent le début d'une rétinopathie proliférante sévère.

Figure 16.11a. Retinopathie diabétique proliférante. Cette rétine a été traitée au laser et les marques de laser correspondent aux aires pigmentées. Des signes résiduels de la maladie active sont présents sur les néo-vaisseaux de la papille optique.

Figure 16.11b. Retinopathie diabétique. Les modifications typiques de l'arrière plan sont bien visibles - rétinopathie, exsudats fibreux et hémorragies.

Le pronostic de la rétinopathie d'arrière-plan est bien meilleur, tant que la macula est préservée.

Système respiratoire

Dans les cas sévères d'insuffisance respiratoire, un œdème papillaire peut être présent en raison de l'**hypercapnie** qui augmente le flux sanguin cérébral et rétinien (Fig. 5.20). Les veines rétiniennes peuvent être engorgées et la cyanose centrale peut être évidente à l'examen ophtalmoscopique. Certaines maladies spécifiques pulmonaires comme la **tuberculose** et la **sarcoïdose** induisent des signes ophtalmoscopiques. La miliaire tuberculeuse peut parfois être diagnostiquée en découvrant des tuberculomes miliaires de la choroïde. Ils sont observés chez les patients sévèrement atteints et se présentent sous la forme de lésions discrètes, peu surélevées, jaune pâle, au pôle postérieur, qui s'atténuent et deviennent pigmentées. La sarcoïdose peut se révéler par une irido-cyclite aiguë ou une insuffisance lacrymale provoquant un œil sec. Les modifications du fond d'œil incluent également la périphlébite. Les vaisseaux rétiniens se trouvent enveloppés et un examen attentif peut révéler des petites tâches blanches de la membrane limitante interne de la rétine, que l'on nomme des lésions en « tâche de bougie ».

Système hématologique

Anémie sévère. Quelle qu'en soit la cause, elle peut être associée à des hémorragies éparses, certaines pouvant avoir un centre blanchâtre. Des exsudats cotonneux peuvent également être présents. Ces modifications sont plus marquées dans l'anémie pernicieuse et dans les leucémies aiguës. Les hémorragies rétiniennes peuvent également être observées dans les **thrombocytémies,** quelle qu'en soit la cause.

Dans la drépanocytose. Les modifications oculaires sont dues aux occlusions vasculaires plutôt qu'à l'anémie. Ceci est observé dans l'hémoglobinémie falciforme C, dans la drépanocytose homozygote et dans la thalassémie mineure. Les occlusions vasculaires sont observées dans la rétine périphérique avec des hémorragies inhabituelles et évoluent vers une néo-vascularisation périphérique.

Système nerveux central

Œdème papillaire. C'est un signe ophtalmoscopique important dans les maladies du système nerveux central (chapitre 7).
Soyez attentifs à bien distinguer le véritable œdème de la papille optique (Fig. 16.12) du gonflement apparent observé parfois dans les yeux hypermétropes.
Les principales étiologies de l'œdème papillaire sont présentées dans le Point de révision 16.4.

Atrophie optique. Lorsque les fibres nerveuses dans le nerf optique s'atrophient, la papille optique devient anormalement pâle. Les signes suivants peuvent être associés à l'atrophie optique:

POINT DE RÉVISION **16.4**

Causes de l'œdème papillaire

Hypertension intracrânienne
Hypertension artérielle sévère progressive
Thrombose d'une veine centrale de rétine
Artérite crânienne
Hypercapnie

Figure 16.12. Œdème papillaire.

- antécédents d'obstruction d'une veine ou d'une artère centrale de rétine (Fig. 16.13a) ;
- compression du nerf optique par un anévrisme ou une tumeur;
- névrite rétrobulbaire: perte rapide de la vision centrale d'un œil chez une personne jeune avec douleurs aux mouvements oculaires. Le fond d'œil à ce moment est habituellement normal mais l'atrophie optique peut débuter deux à trois semaines plus tard. La moitié des patients avec une névrite optique développent par la suite une atteinte démyélinisante d'autres structures du système nerveux dans les années qui suivent;
- évolution de l'œdème papillaire;
- dégénérescence rétinienne héréditaire comme la retinite pigmentale (Fig. 16.13c);
- toxique: un grand nombre de toxiques peuvent détruire spécifiquement le nerf optique. Le méthanol et la quinine sont des exemples classiques;
- trauma;
- glaucome (Fig. 16.13b et d).

• MÉDICAMENTS AFFECTANT LA VISION

Beaucoup de médicaments peuvent provoquer un trouble transitoire de la vision, et cet effet secondaire est encore plus évident chez les patients approchant l'âge où les lunettes sont nécessaires pour la lecture (45 ans environ). Tout médicament qui dilate potentiellement la pupille

(a)

(c)

(b)

(d)

Figure 16.13. Exemples d'atrophie optique, (a) Atrophie optique avec occlusion vasculaire. (b, d) Œil droit et gauche d'un patient avec un glaucome plus avancé d'un côté, (c) Atrophie optique avec rétinite pigmentaire.

présente un risque théorique de provoquer un glaucome à angle fermé chez un sujet sensible. Le glaucome à angle fermé survient chez des patients d'âge moyen et hypermétropes. Si un patient est déjà traité pour un glaucome, il a peu de chances d'être concerné. La chloroquine est un médicament qui peut provoquer une cécité si la dose maximale recommandée est dépassée mais de petites doses sont absolument inoffensives, même prises pendant plusieurs années. L'amiodarone peut parfois provoquer des troubles de la vision en raison de dépôts sur la cornée. Cet effet est réversible. Les stéroïdes administrés en gouttes ou par la bouche peuvent provoquer un glaucome et augmenter l'incidence de la cataracte.

Connaissances minimales sur l'oreille, le nez et la gorge

Les maladies des oreilles, du nez et de la gorge (ORL) représentent plus de 10 % des consultations de médecine générale. La compréhension des symptômes et la capacité de réaliser un examen ORL de base sont nécessaires à tous les médecins. Pour les non-spécialistes, un otoscope permet l'examen des oreilles, de la gorge et de la portion antérieure des fosses nasales. Comme pour toutes les évaluations cliniques, celle-ci commence par une histoire de la maladie. La qualité de la voix, son timbre, le degré de nasalité et tout handicap de l'audition deviennent rapidement évidents.

• L'OREILLE

Les symptômes fréquents sont:
- la surdité;
- l'écoulement;
- la douleur;
- les acouphènes;
- les oreilles « bouchées »;
- les vertiges.

Examen de l'oreille

L'examen formel de l'oreille débute (Point de révision 17.1) par une inspection de l'oreille externe; les anomalies macroscopiques et l'absence de malposition du pavillon doivent être immédiatement notées car elles sont soit des lésions isolées soit elles appartiennent à un syndrome comme celui de Treacher-Collins.

POINT PRATIQUE

Les seuls instruments nécessaires à un non-spécialiste sont un abaisse-langue et un otoscope pratique (Fig. 17.3).

Notez la présence de tâches pré-auriculaires, de marques, de sinuosités ou d'autres anomalies comme des tophus et autres lésions du pavillon lui-même (Fig. 17.1). Le gonflement et la sensibilité apparaissent lors d'une cellulite, d'une chondrite ou d'une périchondrite du pavillon. Les fentes du pavillon de l'oreille sont associées avec les maladies des artères coronaires (Fig. 17.2). Repliez le pavillon vers l'avant et recherchez des cicatrices, des gonflements rétro-auriculaires comme les kystes sébacés et de possibles carcinomes. Recherchez des ganglions lymphatiques pré- et rétro-auriculaires.

Figure 17.1. Tophus goutteux. Noter que cette lésion peut ne pas être remarquée si l'examen n'est pas assez attentif.

Figure 17.2. Une fente profonde du pavillon de l'oreille. Ces lésions, bien qu'occasionnellement congénitales, sont associées à des maladies coronariennes.

Avant d'examiner l'oreille externe, inspectez l'ouverture du méat auditif externe, à la recherche de signes d'écoulement, et notez sa nature. Puis, utilisez l'otoscope avec un spéculum de taille adaptée pour examiner la profondeur du canal et le tympan. Une technique correcte vous offrira une vue optimale de ces structures tout en minimisant le désagrément pour le patient. Pour l'oreille gauche, tenez l'instrument dans la main gauche; reposez le bord ulnaire de votre main sur la joue de votre patient et rigidifiez le canal auriculaire en tirant doucement sur le pavillon avec la main droite (Fig. 17.3).

Figure 17.3. Utilisation correcte de l'otoscope.

POINT DE RÉVISION **17.1**

Examen de l'oreille

Évaluez l'audition pendant que vous prenez l'histoire clinique.

Notez la présence et la position du pavillon de l'oreille.

Examinez la région rétro-auriculaire.

Avant d'introduire le spéculum dans le méat auditif, examinez son ouverture.

Utilisez un spéculum de taille adaptée et introduisez-le doucement.

Examinez la profondeur du canal et le tympan.

Évaluez l'audition par le diapason et par des tests plus formels de l'audition, y compris l'audition de la parole.

Pendant que vous introduisez le spéculum, notez toute anomalie du canal comme une otite externe, un furoncle ou des exostoses. S'il est présent, le cérumen devra être retiré doucement avec une seringue. En cas d'otite externe ou de furoncles, soyez très doux car le canal peut être extrêmement sensible.

Le tympan normal se présente comme un cône peu profond comportant une zone de réflexion antérieure et inférieure de la lumière d'examen, le cône lumineux. Le manche du marteau est observé, se projetant en bas vers l'umbo, et la jonction enclume-étrier peut être observée à travers la membrane normale semi-transparente (Fig. 17.4). De précédentes maladies inflammatoires de l'oreille peuvent avoir provoqué un épaississement. S'il y a eu un épanchement dans l'oreille moyenne, le tympan aura une apparence jaunâtre.

Figure 17.4. Aspect du tympan gauche normal.

On aura peut-être identifié une perforation de la *pars tensa* ou de la portion centrale. La perforation de l'attique peut être plus difficile à observer, cachée par une petite croûte qui la recouvre. Les caractéristiques des perforations sont montrées dans la figure 17.5.

POINTS	
Attico-antral (dangereux)	Tubotympanique (relativement anodin)
Écoulement discret invasif	Écoulement abondant et muco-purulent rarement invasif
Cholestéatome	Maladie inférieure
Perforation/défaut de la région atticale peut être masquée par une croûte	Perforation de la partie tendue
	Attique normal
Partie tendue du tympan peut être normale	

Figure 17.5. Régions de perforation du tympan.

L'audition peut être testée par de simples tests vocaux, mais les tests de Rinne et Weber de la conduction aérienne et osseuse nécessitent l'usage d'un diapason à 512 Hz (Fig. 17.6).

Test de Rinne

La conduction aérique est testée en présentant le diapason à 2,5 cm approximativement de l'oreille, les branches parallèlement au canal auditif (Fig. 17.6a); la conduction osseuse est évaluée en appuyant le diapason fermement contre la mastoïde (Fig. 17.6b). Demandez au patient de préciser dans quelle situation le diapason est le mieux perçu.

Figure 17.6. (a), (b) Test de Rinne. (c) Test de Weber. Il est essentiel de maintenir d'une main la tête du patient pour permettre une pression appuyée lors des tests de conduction osseuse.

POINT DE RÉVISION 17.2

Interprétation des tests au diapason de Rinne et Weber

Rinne	*Weber*	*Signification*
D + G +	Central	Hypoacousie de perception bilatérale discrète, modérée ou sévère
D + G -	Vers la gauche	Hypoacousie de conduction à gauche ou mixte
D - G -	Central	Hypoacousie bilatérale mixte ou de conduction
D + G -	Vers la droite	Hypoacousie de perception profonde ou sévère à gauche

D : droite. G : gauche.

Test de Weber

Appuyez fermement le diapason sur la voûte crânienne du patient, au niveau de la ligne médiane, demandez à votre patient s'il perçoit le diapason et, si c'est le cas, s'il l'entend mieux d'un côté ou si le son se latéralisé (Fig. 17.6c).
La conduction osseuse absolue peut être évaluée en comparant la conduction osseuse du patient avec celle de l'examinateur. La signification des résultats est résumée dans le Point de révision 17.2.

• LE NEZ

Symptômes

Les symptômes des atteintes nasales et sinusiennes sont les suivants :

- obstruction;
- écoulement nasal ou catarrhes;
- saignement;
- céphalées;
- gonflement des joues.

Examen du nez

Notez tout d'abord si le patient respire par la bouche, voire s'il semble suffoquer. Recherchez des lèvres sèches indiquant une obstruction nasale. Une première orientation suggérant une fente palatine peut-être une voix hypernasale (Point de révision 17.3). Examinez ensuite la pyramide du nez à la recherche d'anomalies de taille, de forme et de position comme le rhinophyma, et la nature d'un éventuel écoulement nasal.
Vous aurez une bonne appréciation de la partie antérieure de la cavité nasale en soulevant le bout du nez et en utilisant une bonne source lumineuse; pour une vue plus détaillée, utilisez un spéculum nasal ou le grand spéculum aurai sur l'otoscope. Dans une rhinoscopie antérieure, vous devez rechercher la position du septum et la nature de la muqueuse nasale (habituellement rose à l'état normal). Les cornets inférieurs et moyens sont facilement observables, le premier étant souvent pris pour un polype nasal. L'aire de Little, le site de saignement le plus fréquent, se situe à la partie antérieure du septum.

POINT DE RÉVISION 17.3

Examen du nez

Pendant le recueil de I histoire clinique, relevez une hyponasalité ou une hypernasalité.

Recherchez un écoulement nasal.

Examinez la pyramide nasale et recherchez une déviation latérale.

Faites un examen intranasal avec une bonne lumière et un spéculum approprié.

Notez la position du septum et la nature de la muqueuse nasale.

Les signes importants sont:

Œdème de la joue (Fig. 17.7) ;

Epistaxis (écoulement de sang) unilatéral ;

Polype nasal unilatéral.

Figure 17.7. L'œdème de la joue peut être un signe de cancer du sinus.

L'examen de l'oropharynx peut apporter des indications sur l'atteinte nasale, la présence d'un écoulement muco-purulent rétro-nasal peut être due à une pharyngite secondaire, par exemple.
Vérifiez la filière aérique en plaçant un abaisse-langue métallique devant les narines et notez l'importance de la buée lors de l'expiration par le nez. Enfin, palpez le nez à la recherche de modifications de structure et de zones sensibles devant les sinus maxillaires et frontaux, ou d'un œdème de la joue qui peut signer un carcinome maxillaire.

POINT PRATIQUE

Un œdème de la joue est rarement d'origine infectieuse mais peut être dû à un carcinome maxillaire.

• ATTEINTES PHARYNGÉE ET LARYNGÉE

Symptômes

Voici les signes d'atteintes pharyngée et laryngée:
- enrouement;
- sécrétions dans la gorge ;
- dysphagie;
- masse dans la gorge;
- gonflement du cou;

respiration bruyante due à un stertor ou un stridor.

Examen de la bouche

Tout médecin doit être capable d'examiner la bouche, le pharynx et le cou, mais l'examen laryngé requiert des conditions particulières et de l'habitude. Même sans cela, vous pourrez avoir une idée de l'atteinte laryngée à partir d'une bonne histoire clinique et en écoutant la voix (Point de révision 17.4). Une voix faible peut orienter vers une paralysie du nerf laryngé, surtout si la voix paraît rauque.
Notez des signes éventuels d'une autre atteinte du système nerveux comme une paralysie du voile du palais ou de la langue, ou des stigmates de maladies générales comme l'hypothyroïdie. Tout patient dont la voix est enrouée depuis plus de trois semaines doit être adressé à un médecin ORL pour une laryngoscopie.
Une respiration bruyante peut être due à un stertor, un bruit inspiratoire à une obstruction d'origine pharyngée ou à un stridor, un bruit rauque à l'obstruction des voies aériennes du larynx, de la trachée ou des bronches principales.

POINT DE RÉVISION **17.4**

Examen de la bouche, du pharynx et du larynx

Notez la qualité de la voix.

Si celle-ci est enrouée et que vous entendez une toux rauque, observez les cordes vocales.

Recherchez un stridor et un stertor.

Examinez la bouche et le pharynx dans une bonne lumière après avoir enlevé tout appareil dentaire.

Examinez la région tonsillaire, le gosier, le palais et la paroi pharyngée postérieure.

Une asymétrie ou des irrégularités des tonsilles orientent un carcinome.

POINT PRATIQUE

Tout patient dont la voix est enrouée depuis plus de trois semaines doit être adressé à un médecin ORL pour une laryngoscope

Rappelez-vous enfin d'examiner la bouche sans les appareils dentaires (s'il y en a) ; ils pourraient masquer un carcinome du plancher ou de la région postérieure de la bouche.

Examen du pharynx

Vous aurez besoin d'un bon éclairage et d'un abaisse-langue. L'isthme du gosier doit être examiné en premier, puis les tonsilles (amygdales) si elles sont présentes. Les tonsilles volumineuses ne sont pas nécessairement un signe pathologique. Les cryptes tonsillaires remplies de débris forment des *tonsillolithes.* Un gonflement important des tonsilles, couvert de membranes blanches, oriente vers une angine à streptocoque (Fig. 17.8). Soyez attentif à une asymétrie ou à des irrégularités en raison de la possibilité d'un néoplasme. Examinez le voile du palais à la recherche d'une paralysie ou d'une cicatrice de fente palatine opérée. Examinez la paroi postérieure de l'oropharynx en notant la présence de follicules lymphoïdes inflammatoires.

Figure 17.8. Angine à streptocoque. Une gorge très irritée avec des membranes blanches recouvrant des tonsilles hypertrophiés doit vous orienter vers ce diagnostic.

Examen du cou

Aucun examen du tractus aérodigestif supérieur, des oreilles, du nez ou de la gorge n'est complet sans l'examen du cou (Point de révision 17.5). Assurez-vous que votre patient est bien assis, torse nu (une femme peut conserver son soutien-gorge), le cou discrètement fléchi et dans un bon éclairage. Palpez doucement, tour à tour, les régions submentale et submandibulaire, puis en arrière vers l'angle de la mandibule; suivez vers le bas la chaîne jugulaire vers les clavicules puis latéralement vers le trigone latéral du cou, la région médiane vers l'incisure sternale et, finalement, la région suboccipitale. Dans certaines circonstances comme une hypertrophie thyroïdienne ou une probable tumeur du glomus carotidien, vous devrez également ausculter.

POINT PRATIQUE

N'oubliez pas l'éventualité d'une leucémie aiguë chez un patient à la gorge ulcérée et des gencives infectées et hémorragiques.

Si les glandes submandibulaires ou parotide sont œdématiées, vous devrez pratiquer un examen intra-oral et bimanuel à la recherche de toute anomalie ou écoulement des canaux évacuateurs submandibulaires ou parotidiens. Palpez ensuite à la recherche d'un calcul.

POINT DE RÉVISION **17.5**

Examen du cou

Votre patient doit être assis avec le cou discrètement fléchi et le torse nu.

Soyez méthodique et doux.

N'oubliez pas d'examiner les structures médianes.

Si les glandes salivaires sont gonflées, examinez les orifices buccaux des canaux salivaires et faites une palpation bimanuelle.

Auscultez un gonflement thyroïdien et une éventuelle tumeur du glomus carotidien.

Maladies contractées à l'étranger

18

En raison de l'accroissement des voyages internationaux et de l'accès plus facile aux destinations tropicales, de plus en plus de médecins doivent être capables de diagnostiquer des maladies contractées à l'étranger. Les voyageurs peuvent présenter des maladies graves rapidement progressives, rarement observées en France, nécessitant des examens complémentaires et des traitements spécifiques, ou constituant un danger pour la santé du personnel de l'hôpital.

La situation clinique la plus fréquemment rencontrée est une atteinte aiguë d'un patient de retour d'un voyage; mais vous serez aussi amené à rencontrer d'autres cas, par exemple des immigrants, des réfugiés ou des personnes ayant effectué un long séjour à l'étranger, qui ont contracté dans leur pays une maladie chronique par contact prolongé avec les agents responsables. Quand vous recueillerez l'histoire clinique, recherchez un éventuel voyage.

• MALADIES AU RETOUR D'UN VOYAGE

Votre première priorité sera d'identifier les patients gravement atteints chez qui un traitement urgent sera nécessaire. Rappelez-vous qu'au retour d'un voyage, un patient peut présenter une maladie contractée chez lui comme:

- une septicémie à méningocoque;
- une méningite bactérienne;
- un syndrome de choc toxique;
- une septicémie à staphylocoque.

Voici les maladies qui peuvent avoir été contractée à l'étranger:

- le paludisme;
- les rickettsioses ;
- les fièvres virales hémorragiques.

À cette liste usuelle des causes possibles s'ajoutent d'autres maladies rarement voire jamais observées en France, mais relativement fréquentes dans des pays à destination touristique. Plus de la moitié des atteintes observées au retour d'un voyage auront été contractées chez eux, avant leur départ.

Le recueil de l'histoire devra comprendre les destinations exactes visitées et la durée du séjour; vous devrez également préciser la date du début des symptômes pour faciliter le diagnostic différentiel. Par exemple, une période d'incubation de quatre jours élimine le paludisme, et une incubation de deux semaines écarte la dengue (Point de révision 18.1).

Il est important de savoir quelles ont été vaccinations pratiquées avant le voyage, si une prophylaxie a été utilisée pour la diarrhée ou le paludisme et si les voyageurs ont pris des antibiotiques ou tout autre traitement au cours de la maladie (Point de révision 18.2).

Vous devez également rechercher des contacts avec des animaux, des tiques, des moustiques, et si des maladies ont affecté d'autres membres du groupe de voyage. Les patients se souviennent facilement s'ils ont consommé de la nourriture crue et des fruits de mer, ou s'ils ont été exposés à des virus hématogènes (Point de révision 18.3).

POINT PRATIQUE

À chaque histoire clinique, vous devez demander :
« Avez-vous voyagé loin de chez vous? »
Aux immigrants, demandez :
« Êtes-vous retourné chez vous? »

POINT DE RÉVISION **18.1**

Périodes habituelles (approximatives) d'incubation pour des infections importées*

Moins de 10 jours	*Intermédiaire (jusqu'à 21 jours)*	*Plus de 21 jours*
Dengue	Paludisme	Paludisme
Fièvre jaune	Fièvre virale hémorragique	Hépatite A, B, E
Fièvre à tiques	Typhus des broussailles	Rage
Peste	Trypanosomiase africaine	Leishmaniose viscérale
Fièvres paratyphoïdes	Typhoïde	Abcès hépatique amibien
Fièvres des trois jours	Brucellose	Filariose
Légionellose	Fièvre Q	Tuberculose
	Fièvre rémittente	Fièvre Q
	Hépatite A	Schistosomiase aiguë

* Adapté de Yung AP, Ruff TA Médecine des voyageurs 2. Au retour *Med J Aust* 1994 ; 160, 206-212.

L'efficacité de la vaccination varie beaucoup :

- les vaccins contre la fièvre jaune, la rage, le tétanos et les hépatites A et B sont très efficaces;
- les vaccins contre la typhoïde et le choléra ont une efficacité incomplète;
- l'immunisation contre la diphtérie ne confère pas toujours une immunité prolongée durant toute la vie.

POINT DE RÉVISION **18.2**

Points essentiels pour diagnostiquer une maladie chez un voyageur de retour

Recherchez toujours les lieux de séjour, les contacts et les maladies.

Une prophylaxie a-t-elle été prescrite?

Y a-t-il un risque de paludisme?

Une quarantaine est-elle nécessaire?

Y a-t-il une lésion cutanée?

Prêtez une attention particulière aux morsures d'animaux (et à la nécessité d'une vaccination antirabique après l'exposition), à des contacts prolongés avec de l'eau dans des régions où la schistosomiase est endémique, au risque de maladies sexuellement transmissibles et aux antécédents du patient.

Chez un patient malade au retour d'un voyage, on devra répondre immédiatement à deux importantes questions:

- Est-ce le paludisme?
- Une quarantaine est-elle nécessaire?

Est-ce le paludisme?

La fièvre et la rigidité sont des symptômes classiques du paludisme, mais des poussées de fièvre épisodiques ne sont ni nécessaires ni suffisantes pour poser le diagnostic. Alors que l'on s'attend à des symptômes fébriles, le patient peut se présenter sans fièvre et des symptômes atypiques peuvent survenir. Il est utile de se rappeler que le paludisme mime volontiers d'autres affections. Toute fièvre chez un patient provenant d'une zone endémique doit être considérée comme du paludisme jusqu'à preuve du contraire. Une prise de sang doit être effectuée immédiatement et examinée le jour même (Fig. 18.1).

POINT PRATIQUE

Fièvre au retour de voyage
C'est un paludisme jusqu'à preuve du contraire.
Une prise de sang doit être effectuée et examinée le jour même.

Il est aussi important de se rappeler qu'aucune prophylaxie n'est complètement efficace et que des symptômes « atypiques » sont fréquents dans le paludisme, ce qui occasionne des erreurs de diagnostic. D'anciens résidents de régions endémiques peuvent ne pas savoir que l'immunité décroît rapidement et qu'ils prennent un risque lorsqu'ils retournent dans leur pays d'origine pendant les vacances.

Figure 18.1. Examen de sang montrant un paludisme à *Plasmodium vivax.*

La quarantaine est-elle nécessaire?

La quarantaine ou d'autres précautions particulières peuvent être requises pendant la période où l'on doit éliminer des diagnostics de maladies potentiellement transmissibles comme les fièvres virales hémorragiques, le choléra, la typhoïde ou la tuberculose. Vous devrez facilement faire hospitaliser pour observation et rechercher l'avis d'un spécialiste pour un patient avec des tremblements, des myalgies sévères, des troubles de la conscience ou un rash inexpliqué.

Fièvre, rougeur pharyngée, éruption ou hémorragie chez un voyageur retournant d'une zone de virulence des fièvres virales hémorragiques (le plus souvent d'Afrique centrale ou de l'Ouest) nécessitent une quarantaine et la consultation urgente auprès d'un spécialiste des maladies infectieuses.

POINT DE RÉVISION 18.3

Points particuliers de l'histoire clinique

- Détails caractéristiques des endroits visités, durée du séjour et date du retour
- Date précise du début des symptômes pour calculer la période d'incubation
- Détails des maladies qui se sont déclarées à l'étranger et liens avec les symptômes actuels
- Prophylaxie utilisée (médicaments, vaccins)
- Contacts avec des animaux, des insectes et de la nourriture crue
- Maladies des compagnons de voyage
- Penser au paludisme

Chez un voyageur de retour, l'association de céphalées et d'une altération modérée de l'état de conscience fait penser à une infection aiguë et surtout à une crise de paludisme ou une fièvre typhoïde.

Les troubles neurologiques existent dans la maladie du légionnaire, la maladie de Lyme, la brucellose ou la leptospirose; une dégradation progressive et rapide doit orienter vers une méningite, particulièrement à méningocoque.

• CARACTÈRES PARTICULIERS DE L'EXAMEN CLINIQUE

Après avoir recherché un état de choc ou une déshydratation, faites attention aux points suivants :

État neurologique

Est-ce une atteinte centrale du paludisme ou une méningo-encéphalite? La confusion se retrouve dans la fièvre typhoïde, le paludisme et la maladie du légionnaire.

Bouche

Si les amygdales sont touchées, pensez à la diphtérie.

Yeux

Recherchez des signes d'ictère; l'injection conjonctivale suggère une leptospirose. Dans les hépatites virales aiguës, la fièvre est habituellement retombée au moment où apparaît l'ictère. L'apparition d'un ictère alors que la fièvre est déjà présente rend le diagnostic d'hépatite virale improbable; une angiocholite ou une leptospirose doivent être évoquées.

Peau

Éruptions et pétéchies ne sont visibles que par un examen méticuleux dans une bonne lumière, avec une attention particulière aux membres inférieurs et aux fesses. Déshabillez le patient à la recherche d'une morsure de tique (Fig. 18.2). L'éruption d'une septicémie à méningocoque peut être maculo-papuleuse ou pétéchiale (Fig. 12.3). L'éruption d'une dengue fait penser à un coup de soleil ou à une photosensibilisation aux cyclines avant de découvrir les pétéchies.

Figure 18.2. Stigmates lombaires basses d'un patient porteur d'un typhus des broussailles.

Thorax

N'accordez pas trop de valeur aux signes auscultatoires car ils sont virtuellement absents à la phase aiguë d'une pneumonie atypique, y compris la légionellose.

Adenopathies généralisées

Elles peuvent être présentes dans une maladie virale aiguë (virus d'Epstein-Barr [EBV] ou virus de l'immunodéficience humaine [VIH|); des adenopathies régionales surviennent après des morsures ou accompagnent la tuberculose.

Abdomen

Une hépatomégalie discrète ou modérée est présente dans les hépatites mais peut également survenir au cours du paludisme, d'un abcès hépatique amibien ou d'une brucellose. Une sensibilité hépatique sans jaunisse est typique d'un abcès hépatique. La splénomégalie survient au cours du paludisme, de la fièvre typhoïde, de la brucellose, de la leptospirose ou de toute affection virale aiguë.

• PRÉSENTATIONS CLINIQUES LES PLUS FRÉQUENTES AU RETOUR D'UN VOYAGE

Diarrhée et douleurs abdominales

La diarrhée est le symptôme le plus fréquemment retrouvé, touchant particulièrement les touristes revenant de pays en voie de développement. Les causes les plus fréquentes de diarrhée aiguë sont *Escherichia Coli, Campylobacter, Shigella* et toute espèce de *Salmonella* mais une faible proportion provient *d'Entamœba Histofytica* qui est diagnostiquée par une coproculture. La plupart des épisodes sont discrets et bien circonscrits, mais lors d'un bon nombre d'épisodes, on notera la présence de fièvre et de douleurs abdominales associées au pus et au sang dans les selles. Les diarrhées sévères avec déshydratation doivent orienter vers un diagnostic de choléra. Une douleur dans le quadrant supérieur droit associée à une fièvre oriente vers un abcès amibien (même en l'absence de diarrhée).

La cause la plus fréquente de diarrhée persistante et de crampes abdominales douloureuses intermittentes (habituellement sans sang dans les selles) est *Giardia lamblia.* Certains patients avec une diarrhée du voyageur évoluent vers des symptômes chroniques qui nécessitent des examens complémentaires plus poussés. Une diarrhée du voyageur peut être le premier symptôme d'un syndrome du côlon irritable.

Il faut noter que la constipation, et non la diarrhée, est le symptôme le plus fréquent des patients présentant une fièvre entérique (fièvre

typhoïde provoquée par *Salmonella typhi)* et que l'appendicite peut mimer certaines des présentations décrites ci-dessus.

Fièvre

Le paludisme, la dengue, l'hépatite A et les fièvres entériques sont les causes les plus fréquentes de fièvre du voyageur. Le paludisme doit être prévenu mais la prophylaxie n'est pas efficace à 100 °/o; des crises récurrentes de paludisme peuvent survenir des mois ou des années après l'infection initiale.

L'hépatite A et les fièvres entériques doivent être prévenues par la vaccination. D'autres causes de fièvre sont présentées dans le Point de révision 18.4.

Les manifestations du paludisme peuvent affecter tous les systèmes, conduisant à des erreurs potentiellement fatales. Les frissons sont fréquents, mais la fièvre n'est d'aucune aide diagnostique (elle peut être continue ou absente à la présentation initiale) et des symptômes trompeurs comme la toux sont assez fréquents. Les convulsions ou le coma peuvent être les signes de présentation initiale du paludisme central (cérébral).

L'ictère peut être attribué à une hépatite; l'anorexie et le vomissement sont présents lors d'une atteinte gastro-intestinale ou d'une diarrhée infectieuse; la toux oriente vers le diagnostic de bronchite et des urines foncées (hémolyse ou hémoconcentration en réponse à une déshydratation) vers une pyélonéphrite. Pour confirmer le diagnostic, une prise de sang sera réalisée et examinée immédiatement. Si vous soupçonnez une crise de paludisme cérébral, le traitement devra être nécessairement entrepris avant la confirmation du diagnostic. Des prises de sang répétées peuvent être nécessaires pour confirmer le diagnostic.

Symptômes respiratoires

De manière anecdotique, les infections respiratoires aiguës sont fréquentes à la suite de vols longue distance, et l'on n'oubliera pas l'éventualité d'une embolie pulmonaire. La maladie du légionnaire est une des causes les plus fréquentes de pneumonie.

POINT DE RÉVISION 18.4
Causes de fièvre au retour du voyageur

Les deux principales
- Paludisme
- Fièvres typhoïde et paratyphoïdes

Causes traitables
- Septicémie bactérienne (streptocoques, staphylocoque et méningocoque)
- Diarrhée infectieuse (surtout *Campylobacter* et *Shigella)*
- Abcès amibien hépatique
- Typhus, autres rickettsioses
- Maladie du légionnaire
- Fièvre Q
- Brucellose
- Psittacose
- Leptospirose

Infections virales
- Dengue
- Influenza
- Hépatite A.
- Infection aiguë VIH
- Fièvres virales hémorragiques
- Autres infections virales (virus Epstein Barr et cytomegalovirus)

Causes rares mais traitables
- Mélioïdose
- Schistosomiase
- Leishmaniose
- Trypanosomiase
- Peste
- Trichinose
- Fièvres récurrentes
- Fascioliases

Fièvre médicamenteuse

Éruption

C'est le symptôme principal dans certaines situations (morsure, *larva migrans,* gale, mycoses), mais il accompagne plus fréquemment des maladies systémiques comme la fièvre dengue, d'autres atteintes virales ou les infections à rickettsie. Chez un voyageur avec une fièvre et une éruption, la période d'incubation et d'autres signes peuvent aider à différencier la dengue et d'autres infections, à arbovirus, au VI H, à EBV ou

à rickettsie, des etiologies graves et cosmopolites comme la méningococcie, le syndrome de choc toxique ou la rubéole.

Ictère

Des personnes non vaccinées sont sensibles à l'hépatite A et il faudra rechercher les facteurs de risque de l'hépatite B, C et E.

POINT PRATIQUE

En cas des difficultés diagnostiques chez des voyageurs au retour, faire préciser l'histoire clinique est le moment le plus important de la surveillance. L'ictère peut survenir au cours du paludisme ou de la leptospirose.

• EXAMEN DES IMMIGRANTS OU DES GRANDS VOYAGEURS

Ces patients peuvent se présenter pour un « check-up », ou au cours d'une campagne de dépistage de maladies prévalentes dans leur pays de résidence initiale. Des différences culturelles et la barrière de la langue peuvent rendre l'évaluation difficile et plusieurs entretiens peuvent être nécessaires. La morbidité associée à l'hépatite B ou C, aux infections chroniques à helminthes (helminthiases) ou au paludisme (chez ceux qui sont partiellement immunisés) est fréquente et peut être asymptomatique.
Une toux chronique productive, avec ou sans hémoptysie, est le symptôme habituel de présentation de la tuberculose symptomatique aiguë. La tuberculose extrapulmonaire peut se manifester par les signes de lympho-adénopathie ou d'une atteinte osseuse. Les anomalies détectées à la radiographie pulmonaire ou à l'occasion d'une « pyurie stérile » sont les plus fréquentes de toutes ces présentations. La possibilité d'une infection VIH doit être évoquée chez tout patient présentant une tuberculose.

Des signes cliniques d'atteinte de l'état général ou une perte de poids doivent orienter l'enquête et les examens à la recherche de signes cliniques de:

- maladie hépatique chronique (hépatite B, C);
- tuberculose;
- infection VIH;
- schistosomiase (splénomégalie);
- kala-azar (splénomégalie et anémie);
- infections intestinales à helminthes.

Une maladie chronique inflammatoire intestinale peut se révéler suite à un épisode de diarrhée du voyageur.
Toute éruption cutanée doit orienter vers la lèpre et nécessiter un examen neurologique attentif, à la recherche d'une diminution de la sensibilité tactile. Certains examens de laboratoire doivent conduire à une surveillance particulière. Des lésions cutanées *(Strongyloides, larva migrans)* ou des contacts avec l'eau (schistosomiase) peuvent expliquer une éventuelle éosinophilie.

POINT DE RÉVISION **18.5**

Déterminer l'étiologie d'une dyspnée

Recherchez chez vos patients un voyage récent.

L'histoire de ce voyage peut ne pas être contributif à la maladie actuelle.

Aucune prophylaxie (médicamenteuse ou vaccinale) n'est complètement efficace.

Chez un voyageur fébrile, suspectez toujours le paludisme jusqu'à preuve du contraire.

Faites des examens sanguins le même jour.

Le paludisme peut présenter des symptômes atypiques.

Pensez à mettre en place une quarantaine en attendant le diagnostic.

Pour établir des diagnostics différentiels, il est essentiel de bien prendre l'histoire clinique et de bien connaître les périodes d'incubation.

Maladies rénales et génito-urinaires

19

Les atteintes rénales et génito-urinaires ont été regroupées dans ce chapitre. Bien que les patients porteurs de ces maladies soient pris en charge par des spécialistes différents à l'hôpital, les signes de présentation sont suffisamment communs pour les regrouper ici, en particulier ceux du bas appareil.

• REINS ET VESSIE

Symptômes

Il y a quatre groupes principaux de symptômes qui doivent faire suspecter une maladie des reins et de la vessie:

- la douleur;
- les difficultés mictionnelles ;
- les effets de l'insuffisance rénale;
- l'œdème.

Douleur

Les atteintes macroscopiques du rein provoquent une douleur. Elle est habituellement perçue dans l'angle rénal qui correspond à la région des lombes entre la 12e côte en haut et le bord des muscles spinaux médialement (Fig. 19.1). Lors de l'extension ou du gonflement majeur des reins, la douleur peut être perçue plus en avant. La *colique néphrétique* est le terme utilisé pour décrire la migration de calculs, de débris ou de caillots sanguins dans l'uretère. C'est une douleur colitique extraordinairement vive débutant dans l'angle rénal et irradiant vers l'aine, puis vers le pénis et le scrotum chez l'homme (Fig. 19.2) et les grandes lèvres chez la femme. Il s'agit d'une authentique colique rendant le patient blême, et d'une telle intensité qu'il se roulera dans son lit ou sur le sol, comme à l'agonie. Le terme *colique néphrétique* ne doit pas être utilisé pour cette douleur (c'est pourtant le cas en France [NdT]); elle provient des contractions du muscle lisse de l'uretère et son nom exact est donc *colique urétérique*.

Pendant une crise de colique néphrétique, le patient ressent une intense envie d'uriner même si la vessie est vide.

Difficultés mictionnelles

Ces symptômes attirent habituellement l'attention vers une maladie des voies urinaires. Assurez-vous de bien comprendre ce que veut dire le patient en notant ce que vous croyez être la situation! Quelques termes de tous les jours peuvent aider, mais adaptez votre interrogatoire au niveau culturel de votre patient. Vous l'offusqueriez facilement.

Strictement parlant la *dysurie* désigne les difficultés à uriner, mais l'usage médical courant l'utilise pour décrire une douleur à type de picotements ou de brûlures lors de la miction.

La *polyurie* caractérise la production de grandes quantités d'urine de jour et de nuit. Elle doit être distinguée de la *pollakiurie* qui signifie des mictions fréquentes de petites quantités d'urine, comme elle s'observe lors des infections urinaires. *L'oligurie* correspond à la sécrétion d'un faible volume d'urine pendant 24 heures; elle est définie par une quantité inférieure à 400 ml par 24 heures. Lorsque la sécrétion est nulle, il s'agit d'une *anurie*. Il est essentiel de différencier une anurie d'une rétention d'urine qui correspond à l'impossibilité à vider la vessie. La *miction nocturne* (nocturie) signifie simplement une miction pendant la nuit; elle survient inévitablement lorsqu'il y a une polyurie.

L'incontinence est un symptôme qui requiert un interrogatoire attentif. Les causes de l'inconti-

Figure 19.1. Angle rénal.

Figure 19.2. Irradiation de la douleur de la colique néphrétique chez l'homme.

nence intermittente sont multiples : la clémence, une constitution fragile, les maladies cérébro-vasculaires, la sclérose en plaques, la paraplégie et le prolapsus. Beaucoup de ces affections sont traitées ailleurs. Une incontinence permanente chez une femme signifie qu'il existe une fistule, en général entre la vessie et le vagin.

La miction impérieuse désigne un besoin soudain et fréquent d'uriner, avec peu ou sans avertissement préalable. Si la vessie n'est pas vidée rapidement, l'urine est émise sans contrôle. Ce symptôme relativement commun survient lors de l'hypertrophie prostatique et dans la sclérose en plaques.

Certaines causes de ces symptômes urinaires sont présentées dans le Point de révision 19.1.

Les signes de l'insuffisance rénale

L'insuffisance rénale est le terme utilisé pour décrire le syndrome clinique lors d'une perte importante des fonctions rénales. Les symptômes apparaissent lorsque l'infiltration glomérulaire chute en dessous de 20 à 25 % de la normale; les symptômes sont souvent mal définis mais comprennent une fatigabilité, des malaises, une anorexie et des vomissements.

D'autres patients auront une dyspnée à l'effort, une dyspnée nocturne paroxystique et un œdème des membres inférieurs. Lors d'une insuffisance rénale évolutive, mais sans atteinte sévère de la fonction rénale, s'ajoutent des atteintes osseuses métaboliques provoquant des douleurs diffuses. Lors de la phase terminale de l'insuffisance rénale surviennent des troubles de la conscience et une confusion évoluant vers le coma.

Œdèmes

Chez certains patients, l'apparition d'un œdème généralisé est la première manifestation d'un problème rénal. La fuite massive de protéines dans les urines conduit à une hypoprotidémie et à un transsudat de liquide vers les tissus. Ce trouble que l'on appelle syndrome néphrotique peut être dû à de très nombreuses maladies rénales ou systémiques (Point de révision 19.2).

En pratique, ce syndrome est défini par la perte de plus de 3,5 g de protéines en 24 heures alors que la perte normale est inférieure à 250 mg/24 heures.

POINT DE RÉVISION **19.1**

Symptômes rénaux et causes fréquentes

Pollakiurie
- Infections urinaires
- Vessie irritable
- Vessie de faible capacité
- Obstruction à l'évacuation par ex. prostatisme
- Polyurie
- Diabète sucré
- Diabète insipide
- Ingestion de grandes quantités d'eau
- Traitement diurétique
- Insuffisance rénale chronique
- Dysurie
- Urétrite
- Prostatique

Oligurie/anurie
- Déshydratation
- Choc
- Insuffisance rénale aiguë
- Obstruction urétérale bilatérale

Hématurie
- *Origine rénale* : traumatisme, tumeur, tuberculose, reins polykystiques, calcul, infarctus rénal, néphrite, pyélonéphrite
- *Origine urétérale* : calcul, néoplasme
- *Origine vésicale* : calcul, traumatisme, infections aiguës, infections chroniques (par exemple, bilharziose tropicale), tumeur
- *Origine prostatique* : atteinte bénigne et maligne

Incontinence
- *Permanente* : fistule, habituellement vésico-vaginale
- *Intermittente* : démence et autres atteintes neurologiques, prolapsus et insuffisance périnéale

POINT DE RÉVISION **19.2**

Causes du syndrome néphrotique

Maladies rénales primitives (glomérulonéphrites)

Secondaires à une maladie systémique
- Lupus érythémateux disséminé
- Amylose
- Diabète
- Infections (par exemple paludisme, streptococcie)
- Myélomatose

Médicamenteuses
- Sels or
- D-pénicillamine
- Captopril

• SIGNES D'INSUFFISANCE RÉNALE

Caractères généraux

Dans l'insuffisance rénale chronique, les signes sont le plus souvent non spécifiques. Toutefois, la progression de la maladie et son évolution vers le coma peuvent s'accompagner de:
- perte de poids et déshydratation;
- haleine urémique (odeur de poisson);
- saccades musculaires;
- respiration de type acidosique (Kussmaul) ;
- frottement péricardique;
- gel urémique (ce signe clinique, rare de nos jours, est un dépôt de poudre blanche autour des lèvres et de la bouche, observé uniquement lorsque le taux d'urée est extrêmement élevé).

Ces signes s'associent et souvent compliquent les évolutions des maladies sous-jacentes comme le diabète ou la myélomatose.

Reins

Les reins ne sont ordinairement pas palpables sauf chez les personnes minces où le pôle inférieur du rein droit peut être perçu lors de l'inspiration profonde.
Pour examiner le rein gauche, la main gauche est placée sur le flanc gauche et la main droite palpe par l'avant, comme si vous essayiez de palper le rein entre vos deux mains.
Le rein droit est palpé de la même manière, avec la main gauche sur le flanc droit (Fig. 19.3a et b).
La percussion d'un rein gauche volumineux est sonore, car le rein refoule la sonorité de l'angle splénique du côlon au fur et à mesure de son accroissement. Ceci le différencie d'une Splenomegalie qui est située en avant du côlon.
Une augmentation bilatérale du volume des reins (Fig. 19.4) est habituellement due à une maladie polykystique, mais peut être en rapport avec une hydronéphrose bilatérale, lorsque les deux uretères sont obstrués lors d'une fibröse rétro-péritonéale secondaire à des tumeurs pelviennes.

(a)

(b)

Figure 19.3. Palpation du rein gauche (a) et droit (b).

Gros rein :
Palpable bimanuellement dans le flanc.
Percussion sonore.
Descend à l'inspiration.

Figure 19.4. Signes d'un gros rein (Point de révision 19.3).

POINT DE RÉVISION **19.3**

Hypertrophie rénale

Unilatérale	*Bilatérale*
Hydronéphrose	Maladie polykystique
Pyonéphrose	Hydronéphrose
Kyste	
Abcès	
Tumeur	

Vessie

Une rétention aiguë d'urine provoque une douleur extrême et une grande sensibilité de la vessie: une pression sur celle-ci augmente l'envie irrépressible d'uriner. Par contre, la rétention chronique d'urine est caractérisée par une vessie atone, incontinente et insensible. Rappelez-vous que chez un homme, il est virtuellement impossible d'évaluer la taille de la prostate lorsque la vessie est très remplie. Chez la femme, la vessie doit être distinguée d'un utérus gravide ou d'un kyste ovarien.

• VÉNÉROLOGIE

Comportements sexuels

Le comportement sexuel peut avoir un impact déterminant sur la santé physique et psychologique, c'est un facteur à prendre en compte lors de la prise en charge du patient. Une jeune femme qui se présente avec des douleurs abdominales aiguës basses très sensibles peut avoir

une appendicite nécessitant une intervention chirurgicale. Mais elle peut également être atteinte d'une inflammation aiguë du pelvis, provoquée par la dissémination d'une maladie sexuellement transmissible (MST), comme une infection du col utérin traitée par antibiotiques. Le risque d'une MST chez une telle patiente peut-être évalué lors du recueil de l'histoire clinique et de l'examen ; des examens complémentaires à la recherche d'une infection doivent être réalisés si nécessaire. La persistance de plaintes urologiques ou gynécologiques, d'une dépression ou d'autres symptômes peut exprimer des difficultés sexuelles.

Qu'est-ce que la vénérologie?

C'est la section de la médecine orientée vers la détection et la prise en charge des MST, mais elle envisage également la prise en charge d'autres maladies de l'appareil génital, en particulier ses manifestations cutanées. Les maladies sexuellement transmissibles :

- sont fréquentes, particulièrement chez les jeunes adultes entre 15 et 25 ans;
- sont souvent asymptomatiques;
- peuvent provoquer des symptômes et des signes en dehors de l'appareil génital.

Beaucoup de relations sexuelles sont de courte durée; chaque nouveau partenaire est une nouvelle opportunité de MST. Les médecins doivent être conscients que toute personne avec une activité sexuelle peut être affectée par une MST.

• HISTOIRE CLINIQUE

L'histoire sexuelle permet d'évaluer le risque de MST d'un patient. Vous devez en tenir compte lors du recueil de routine de l'histoire clinique, par le biais de questions simples et neutres. Les questions concernant l'activité sexuelle ne peuvent être abordées que lorsque vous aurez établi un certain lien avec votre patient.

Un commentaire d'explication est habituellement utile pour présenter au patient les motivations de ces questions. Par exemple, on débutera l'histoire sexuelle de la manière suivante: « Une douleur dans le bas abdomen est parfois provoquée par une infection contractée lors d'un rapport sexuel. Puis-je vous demander de quand date votre dernier rapport sexuel? », « Puis-je vous demander si vous avez un(e) petit(e) ami(e) ? » Lorsque le sujet de l'activité sexuelle a été abordé, vous pouvez rentrer dans les détails :

- Quand?
- Avec qui?
- Où?
- Contraception?
- Type de rapport?
- Autres partenaires?

Les questions appropriées que vous devez poser sont présentées dans le Point de révision 19.4.

Chez les patients mariés ou qui ont une relation durable, s'enquérir d'autres partenaires est un point très délicat. Vous pouvez présenter les choses de la manière suivante : « Ne soyez pas offusqué par ma prochaine question, que je pose à tout le monde. Avez-vous eu récemment des rapports avec quelqu'un d'autre? »

POINT DE RÉVISION **19.4**

Principales questions à poser après avoir établi un lien

Quand?
Quand avez-vous eu votre dernier rapport sexuel?

Avec qui?
Est-ce votre partenaire régulier? Si c'est le cas, depuis quand avez-vous des rapports avec lui (elle)?
Etait-ce un(e) partenaire occasionnel (le)? Êtes-vous toujours en contact avec lui (elle) ?
Était-ce un partenaire masculin ou féminin?

Où?
Est-ce que votre partenaire vit à proximité?
Ailleurs, en France ou à l'étranger?

Contraception ?
Utilisez-vous un mode de contraception? Un préservatif?

Type de rapport?
Orogénital ou anogénital?

Autres partenaires ?
Quand avez-vous eu un rapport avec quelqu'un d'autre?

Quelques conseils généraux

Bien que le sexe soit généralement considéré comme relevant de la sphère privée, le comportement sexuel est aussi important par ses conséquences possibles sur la santé que le sont la consommation alcoolique et le tabagisme. Dans la plupart des situations médicales, il n'y a pas de facteurs pertinents dans l'histoire sexuelle et l'interrogatoire peut s'orienter rapidement vers un autre appareil. Lorsque vous recueillez une histoire sexuelle, vous ne vous mêlez pas de la vie privée du patient, mais vous recherchez des informations particulières utiles à la prise en charge efficace de votre patient.

Lorsque vous recueillez une histoire sexuelle, voici les principaux défis:

- gagner la confiance du patient avant d'envisager les détails sexuels;
- l'assurer d'une parfaite confidentialité;
- user d'un langage précautionneux.

Les patients seront naturellement réticents à parler de leur vie sexuelle si vous avez tendance à juger ou si vos paroles sont embarrassantes lorsque vous abordez ce domaine. Vous devez préserver la nature confidentielle de la relation médecin-malade; de ce fait, cette relation sera facilitée si vous le mentionnez.

Un patient sera souvent embarrassé d'avouer une impuissance, une relation extraconjugale ou un rapport accidentel non protégé. Évitez de consigner tous les détails dans l'observation, ne gardez que les mots-clefs utiles pour la prise en charge immédiate.

POINT PRATIQUE

Évitez de consigner tous les détails dans l'observation, ne gardez que les mots-clefs utiles pour la prise en charge immédiate.

Une certaine sensibilité est nécessaire lorsque vous posez des questions personnelles, surtout lorsque la consultation peut être entendue ou qu'un membre de l'entourage est présent. Il est préférable de différer le recueil de l'histoire sexuelle jusqu'à ce qu'une certaine intimité soit établie. L'utilisation de termes vernaculaires ou médicaux pour décrire l'anatomie génitale et les besoins sexuels doit être adaptée à chaque individu. Si le patient utilise des termes vagues pour parler de sa vie sexuelle vous devrez doucement clarifier auprès de lui ce qu'il veut dire.

Symptômes

L'infection est la cause principale des symptômes génito-urinaires, avec une proportion très significative attribuée aux MST, en particulier chez les jeunes adultes. La plupart des patients nécessiteront des examens complémentaires pour affirmer ou éliminer une infection, orientés par l'histoire sexuelle, les symptômes et les signes. Les syndromes et les MST les plus fréquents en vénérologie sont présentés dans le Point de révision 19.5.

POINT DE RÉVISION **19.5**

Syndromes fréquents et maladies sexuellement transmissibles

Syndromes
- Écoulement urétral (Fig. 19.5) avec ou sans dysurie (homme)
- Écoulement vaginal avec ou sans irritation vulvaire
- Ulcération génitale avec et sans adénopathie
- Douleur pelvienne ou abdominale basse (femme)
- Douleur et gonflement épididymaire ou testiculaire
- Infection VIH et sida
- Verrues génitales

Infections
- Gonorrhée
- Infections à *Chlamydia*
- Urétrite non gonococcique
- Trichomonase
- Infection herpétique (Fig. 19.6)
- Verrues génitales d'origine virale

Figure 19.5. Écoulement urétral (gonorrhée).

Plus de la moitié des individus avec une MST sont asymptomatiques. Un des facteurs contribuant à la propagation des MST est la croyance erronée selon laquelle l'absence de signes équivaut à l'absence de toute infection. L'histoire sexuelle est importante pour identifier les individus à risque de MST, leur offrir des conseils de bonne santé sexuelle et rechercher une éventuelle infection. Les facteurs de risque principaux sont présentés dans le Point de révision 19.6.

POINT DE RÉVISION **19.6**

Facteurs de risque pour des infections sexuellement transmissibles

- Patient âgé de 15 à 24 ans
- Antécédents de MST
- Célibataire, séparé ou divorcé
- Nouveau partenaire sexuel au cours des trois derniers mois
- Deux (ou davantage) partenaires sexuels au cours de la dernière année
- Femme souhaitant une interruption volontaire de grossesse
- Utilisation non-systématique du préservatif pendant les rapports

• EXAMEN CLINIQUE

Les patients sont souvent anxieux et embarrassés à l'idée que leurs « parties privées » puissent être examinées; expliquez donc ce que vous allez faire. Un examen efficace nécessite la coopération et la confiance du patient. Certains patients préfèrent être examinés par un médecin de leur propre sexe. Vous devrez toujours respecter \a préterence du paient

Les bonnes pratiques suggèrent que vous devrez proposer la présence d'une tierce personne, sans laquelle un homme médecin ne doit jamais pratiquer un examen génital chez une femme. Vous devrez accorder une attention particulière à la région génitale lorsque les symptômes sont localisés dans cette région; un examen général peut être utile, en prêtant une attention particulière à la peau, aux muqueuses de la bouche et des yeux, aux articulations et aux ganglions lymphatiques.

On demandera aux patients de se déshabiller pour exposer la région génitale. Respectez la dignité du patient en le laissant seul lorsqu'il se déshabille ou se rhabille. Ne laissez pas votre patient déshabillé ou exposé inutilement. Offrez-lui une blouse ou une couverture en attendant l'examen.

POINT PRATIQUE

Prérequis pour un examen adapté

- Gants
- Tierce personne
- Bon éclairage
- Chaise ou lit adaptés
- Un coin d'intimité pour le déshabillage
- Une blouse appropriée
- Un spéculum pour l'examen féminin
- Un proctoscope
- Des tubes pour prélèvements et des recharges

Ne faites l'examen que lorsque le patient est prêt. Assurez-vous d'avoir une source lumineuse adéquate pour permettre l'inspection de la peau à la recherche de verrues, d'éruptions et de poux.

Examen génital masculin

Vous devrez examiner avec attention :

- les ganglions inguinaux;
- le scrotum et son contenu;
- le pénis, prépuce compris;
- le méat urétral à la recherche d'un écoulement provoqué par une pression sur l'urètre à partir du périnée;
- la région périanale lorsque l'histoire oriente, suivie par une proctoscopie.

Examen génital féminin

Les femmes sont habituellement examinées en position gynécologique. Examinez avec attention :

- les régions pubiennes et périgénitales comme chez l'homme;
- les grandes lèvres;
- les petites lèvres ;
- le méat vaginal;
- le vagin;

• le col, en utilisant un spéculum. Prévenez toujours votre patiente de vos intentions;
• l'évaluation de l'utérus et des annexes sera réalisée par une palpation bimanuelle;
• la région périanale lorsque l'histoire oriente vers cette zone, suivie par une proctoscopie.

Une infection ne peut pas être éliminée ou diagnostiquée de manière efficace par de simples constatations visuelles; des prélèvements des régions anatomiques concernées doivent être réalisés à des fins d'examens microbiologiques.

• QUELQUES SYNDROMES CLINIQUES FRÉQUENTS

Écoulement urétral et dysurie chez l'homme

Un écoulement du méat urétral est souvent associé à une douleur à la miction. Ces symptômes surviennent souvent après un rapport avec une nouvelle partenaire, et sont la conséquence d'une inflammation de la muqueuse uretrale. Le signe cardinal de l'uretrite est l'écoulement urétral, et le diagnostic est confirmé soit par le « test des deux verres » (cf. Point Pratique), soit par un examen microscopique d'un échantillon d'écoulement.

POINT PRATIQUE

Test urinaire des deux verres
Demandez à un homme:
- d'uriner dans un premier verre propre ;
- d'arrêter d'uriner après une faible quantité;
- de continuer à uriner dans un second verre.

Dans l'infection urétrale, le premier verre contient habituellement des filaments dans une urine troublée par le pus, qui ne s'éclaircit pas en ajoutant de l'acide. Le second verre sera clair. Les filaments seront prélevés et examinés au microscope pour savoir s'ils contiennent du mucus, du sperme ou du pus.

Les polynucléaires sont habituellement évidents et les diplocoques intracellulaires sont observés dans la gonorrhée. Les principales urétrites chez l'homme jeune sont la gonorrhée (Fig. 19.5) et l'infection à *Chlamydia*.

Écoulement urétral et dysurie chez la femme

La dysurie chez la femme est habituellement le symptôme:
• d'une inflammation de l'urètre et de la muqueuse vésicale (cystite);
• d'une inflammation de la vulve autour du méat urétral.

La gonorrhée urétrale ou l'infection à *Chlamydia* chez les femmes ne provoquera que rarement des symptômes urinaires.

Écoulement vaginal

Un écoulement plus abondant ou modifié du vagin est un symptôme fréquent de consultation primaire. Il est souvent considéré comme synonyme d'une infection vaginale, mais il peut être physiologique. Ce symptôme prend toute sa signification lorsqu'il est associé à d'autres signes cliniques, comme des douleurs abdominales dues à une infection pelvienne ou à une conjonctivite à *Chlamydia*, infection oculaire habituellement causée en France par auto-inoculation des sécrétions vaginales infectées. De nombreux épisodes d'infections vaginales ne sont pas acquis par voie sexuelle, mais il reste important d'examiner les facteurs de risque d'une MST chez les femmes se présentant avec ce symptôme. Les causes habituelles d'écoulement vaginal sont listées dans le Point de révision 19.7.
La description de l'écoulement par la femme et l'examen clinique peuvent suggérer le diagnostic mais vous devrez toujours rechercher ou éliminer une MST, en particulier s'il existe des facteurs de risque (Point de révision 19.7).
La vaginite bactérienne est caractérisée par un écoulement malodorant homogène gris-blanc, avec un pH élevé. Elle résulte du changement de la flore microbienne dans le vagin, habituellement prédominante en lactobacilles qui ont été remplacés par des groupes d'autres bactéries, surtout des germes gram négatif et des anaérobies. Les symptômes de prurit vulvaire et les signes d'inflammation sont absents.

POINT DE RÉVISION 19.7
Causes fréquentes d'écoulement vaginal

- Candidose
- Vaginite bactérienne (anaérobies ou *Cardnerella vaginosis)*
- Endocervicite (y compris infections à *Chlamydia* et à gonocoque)
- Physiologique
- Trichomonase
- Corps étrangers, par exemple tampon résiduel

La candidose est une inflammation de la vulve et du vagin provoquée par des levures de l'espèce *Candida*. Les symptômes habituels sont l'irritation vulvaire, un écoulement blanc et inodore et des rapports sexuels désagréables. Le diagnostic est porté par la mise en évidence des levures et par l'exclusion de toute autre infection.

La trichomonase est provoquée par un protozoaire flagellé *Trichomonas vaginalis*. Cette infection, transmise sexuellement, est souvent associée à d'autres MST. La réaction inflammatoire aux protozoaires est variable. Certaines femmes présentent un écoulement abondant et une intense irritation vulvaire alors que d'autres sont asymptomatiques.

L'endocervicite provoque de manière caractéristique un écoulement jaune et inodore, sans symptôme d'irritation vulvaire. Un écoulement muco-purulent issu du col peut-être observé lors de l'examen au spéculum, et le col peut apparaître hyperémié et saignant facilement au contact. Vous devrez rechercher une infection chez les femmes avec une cervicite; bien que les infections à *Chlamydia* et la gonorrhée soient les deux principales, ces infections sont fréquemment asymptomatiques et ne provoquent pas nécessairement une cervicite apparente.

Éruptions génitales

Elles sont fréquentes et souvent sans lien avec des rapports ou une infection. Même dans ce cas, la présence d'une « tâche sur mon zizi » ou d'un « bouton en bas du ventre » conforte la conviction qu'une « maladie vénérienne » est présente. Deux situations seront brièvement envisagées: l'ulcération génitale et les verrues génitales.

L'ulcération génitale est le plus souvent causée par une infection d'origine sexuelle. Bien que l'ulcération puisse affecter n'importe quelle portion de la peau des muqueuses génitales, elle se situe habituellement dans les zones sujettes au maximum de frictions et de traumatismes pendant les rapports, c'est-à-dire le sillon coronal, le frein, le prépuce et le gland chez les hommes, les petites lèvres et la fourchette chez la femme. La cause la plus fréquente d'ulcération génitale en France est l'infection à *Herpès simplex virus* (Fig. 19.6); les autres causes sont regroupées dans le Point de révision 19.8.

Figure 19.6. Herpès génital.

Ulcérations multiples génitales douloureuses (rares en France [Ndf])
- Chancroïde : *Haemophilus ducreyi,* infection habituellement observée dans les pays tropicaux
- Syndrome de Behcet: maladie chronique, récidivante, multisystématisée et inflammatoire de cause inconnue
- Réactions médicamenteuses
- Syndrome de Stevens-Johnston

Ulcères génitaux solitaires
- Syphilis
- Trauma
- Carcinome
- Infection génitale tropicale

Le premier épisode évolue habituellement selon la séquence de signes et de symptômes suivants:
- irritation locale avec rougeur de la peau ;
- amas de petites vésicules ;
- ulcères sensibles, superficiels, à l'emporte-pièce;
- formation de croûtes et cicatrisation ;
- adenopathies inguinales sensibles;
- malaises et fièvre.

L'intervalle entre la primo-infection de l'herpès génital et les épisodes d'ulcérations est très variable, entre 24 heures et plusieurs années. De nombreux patients présentent des épisodes récurrents de très courte durée, moins douloureux et moins irrités que lors de primo-infection.
La syphilis est devenue une infection rare en France. L'ulcère génital initial de la syphilis, ou chancre, est plutôt insensible, rond, avec des marges bien définies et une base épaisse, rugueuse et recouverte d'un dépôt, bien que les apparences soient très variables. Les adenopathies inguinales sont modérément volumineuses, sensibles et de texture élastique.
Les verrues ou végétations génitales sont causées par le virus du papillome humain (VPH). Elles sont transmises par contact génital de peau à peau, et leur prévalence est croissante. Les individus avec une infection infraclinique sont bien plus nombreux que ceux affectés par des végétations visibles. Les patients qui développent ces végétations présentent des verrues ou des tâches blanches non irritantes de la sphère génitale.
Les verrues présentent de très nombreuses apparences cliniques et sont rarement isolées. Les plus habituelles forment un condylome acuminé, une excroissance papillomateuse pédonculée ou sessile de même couleur que la peau, qui présente habituellement une surface plissée lui donnant une apparence rugueuse. Les plus volumineuses peuvent présenter l'aspect d'un chou-fleur. Les infections vaginale et du col utérin sont fréquentes, bien que la majorité des infections cervicales passe inaperçue et ne soit détectée qu'à la cytologie. L'infection génitale au VPH peut provoquer une néoplasie intra-épithéliale.

Les verrues périanales (Fig. 19.7) sont fréquentes chez les hommes homosexuels mais peuvent être observées dans les deux sexes, résultant d'une auto-inoculation entre les zones génitales. Les affections génitales sont fréquemment intercurrentes. Il est important de rechercher une infection bactérienne traitable chez tous les patients se présentant avec une MST, bien que la cause de leurs symptômes puisse être évidente. Par exemple, un patient se présentant avec des verrues génitales doit être examiné à la recherche d'une gonorrhée, d'une infection à *Chlamydia,* et d'une infection vaginale chez la femme.

Figure 19.7. Papillomes périanaux. Ils ne sont pas nécessairement les stigmates d'un rapport réceptif anal.

La prise en charge d'un patient avec une MST comprend également celle des partenaires sexuels. Il est évident qu'il faut prévenir:
- une réinfection dans une relation qui se prolonge ;
- la morbidité chez le partenaire;
- la transmission de l'infection à toute une communauté.

Un résumé des étapes clefs de la prise en charge des patients au cours des maladies vénériennes est listé dans le Point de révision 19.9.

EXEMPLE

Cas n° 1

Étudiant célibataire de dix-neuf ans

Histoire
Rapporte un écoulement à l'extrémité du pénis depuis 4 jours et des brûlures à la miction. Pas d'antécédents de symptômes génitaux ni d'épisodes d'infection. Pas de symptômes généraux. Ne prend aucun médicament; pas d'antimicrobiens récents.

Histoire sexuelle
Rapport avec une nouvelle petite amie à quatre occasions au cours des trois dernières semaines : pas de préservatifs utilisés. Les relations avec une précédente jeune femme se sont interrompues il y a trois mois. Ils ont eu des rapports réguliers pendant leur relation de six mois et utilisaient toujours des préservatifs.

Signes cliniques
Écoulement muco-purulent du méat urétral.

Examens complémentaires
Examen microscopique d'un prélèvement de l'écoulement urétral.

Culture du prélèvement urétral à la recherche de gonocoques.

Test antigénique sur l'écoulement et l'urine initiale à la recherche de *Chlamydia.*

Diagnostic
Urétrite à *Chlamydia.*

Prise en charge de la partenaire
Conseiller la consultation de la jeune femme pour des examens complémentaires et traitement.

EXEMPLE

Cas n° 2

Étudiante célibataire de dix-neuf ans

Histoire
Se plaint de dysurie, et d'une pollakiurie depuis 24 heures.

Son sommeil est perturbé par des mictions impérieuses.

Pas de symptômes d'épisodes antérieurs d'infection génitale. Pas de symptômes généraux. Contraception orale.

Histoire sexuelle
Relations sexuelles stables lors des dix-huit derniers mois, un seul partenaire sexuel.

Signes cliniques
Aucun.

Examens complémentaires
Observations de l'urine : apparaît troublée par de nombreux leucocytes.

Le test au Labstix à la recherche de sang, protéines, sucre.

Uroculture prélevée au milieu du jet.

Diagnostic
Infection urinaire aiguë (habituellement à entérobactéries).

Prise en charge du partenaire
Aucune.

Commentaire
La recherche de MST peut être proposée, mais il n'y a pas d'indication en ce sens, ni dans l'histoire clinique, ni dans l'histoire sexuelle.

POINT DE RÉVISION **19.9**

Étapes clefs de la prise en charge de patients avec une infection acquise sexuellement

Clarifiez les symptômes.

Recueillez l'histoire sexuelle.

Posez le diagnostic par l'examen et les investigations paracliniques.

Traitez-le (la) patient(e) : thérapies appropriées et explication de l'affection.

Prenez en charge le ou les partenaires sexuel(le)s.

Éduquez pour une meilleure santé sexuelle.

EXEMPLE

Cas n° 3

Femme de trente-deux ans, commerçante

Histoire
Présente une irritation vulvaire associée à un écoulement vaginal important depuis trois semaines. Elle a présenté des symptômes similaires dans le passé qui se sont résolus par la prise de médicaments contre le muguet, obtenus sans ordonnance. Cette fois, les symptômes n'ont que partiellement régressé avec cette automédication. Elle est par ailleurs en bonne santé et ne prend aucun médicament.

Histoire sexuelle
Divorcée. Rapports occasionnels avec des collègues de travail masculins au cours des trois derniers mois. Préservatifs parfois utilisés.
Rencontre sexuelle occasionnelle il y a cinq mois lors de vacances en Espagne.

Signes cliniques
Aucun.

Examens complémentaires
Prélèvements vaginaux à la recherche de *Canada,* trichomonase et vaginite bactérienne. Prélèvements génitaux à la recherche d'infections à *Chlamydia* et gonococciques.

Diagnostic
Vaginite à *Canada* et infection cervicale à *Chlamydia.*

Prise en charge du partenaire
Recommandez la consultation du partenaire récent pour des examens complémentaires et traitement.

Commentaire
L'histoire est évocatrice d'une infection à *Candida,* mais l'histoire sexuelle nécessite impérativement la recherche d'autres MST.

Appareil locomoteur

INTRODUCTION

L'appareil locomoteur regroupe les muscles, les articulations et les os, tissus qui interviennent dans la position statique, la locomotion et la protection. Ces trois structures ont souvent des symptômes intriqués dont la douleur est le plus fréquent.

Symptômes

Douleurs

Des articulations douloureuses sont très invalidantes. Les douleurs articulaires intermittentes liées au mouvement sont plutôt mécaniques, alors que des douleurs permanentes sont souvent d'origine inflammatoire. Mais le plus souvent, elles ont un horaire mixte. Les douleurs articulaires sont perçues dans des régions très étendues, parfois très loin de l'articulation touchée (Fig. 20.1).

Les lombalgies d'origine traumatique ou dégénérative sont un symptôme extrêmement fréquent d'une population vieillissante, elles sont toujours aggravées par le mouvement et des périodes d'immobilité forcée. Les atteintes acquises du squelette dans l'ostéoporose ou les atteintes malignes sont opiniâtres, aggravées par le poids et soulagées par le repos.

Raideur

Elle peut avoir différentes causes. Il peut y avoir une limitation osseuse au mouvement par fusion des surfaces articulaires ou par calcification des ligaments. Elle peut également être associée à une contracture secondaire des muscles due à la douleur, ou à une atteinte neurologique primaire comme la maladie de Parkinson. L'inflammation des articulations comme dans la polyarthrite rhumatoïde est caractérisée par une raideur matinale qui s'estompe avec l'activité.

Gonflement

Des articulations enflammées gonflent à la suite d'une accumulation de liquide synovial dans l'articulation, d'un gonflement des tissus périarticulaires ou d'une association des deux.

Instabilité

Ce point est particulièrement important pour les articulations porteuses. Par exemple, une déchi-

Figure 20.1. Distribution de la douleur qui peut survenir à partir d'une hanche ou d'un genou.

rure grave d'un ligament collatéral du genou ou un affaissement du condyle tibial provoque une angulation latérale.

Blocage

Il peut survenir un blocage soudain du mouvement par la présence un corps étranger intra-articulaire.

Signes

POINT PRATIQUE

Quand vous examinez des articulations:

Regardez ;
Palpez ;
Mobilisez ;
Évaluez la fonction.

Regardez

Le membre doit être totalement exposé et comparé à l'autre. Recherchez :

- une déformation osseuse;
- une atrophie musculaire;
- un gonflement: est-ce seulement du liquide synovial ?
- des cicatrices;
- d'autres articulations pouvant être touchées.

Palpez

Observez le visage du patient pendant que vous le palpez, en débutant par la zone que vous pensez être la moins sensible.

Mobilisez

Chaque articulation doit être évaluée selon toutes ses amplitudes de mouvement. La meilleure manière de le faire est de réaliser le mouvement et de demander au patient de l'accomplir (mouvement actif). Si votre patient ne peut pas s'exécuter, faites vous-même la mobilisation de l'articulation selon toutes ses amplitudes (mouvement passif).

Mesurez le mouvement en degré en utilisant un goniomètre et la méthode du *zéro neutre.* La position anatomique correspond au zéro et la flexion est mesurée à partir de cette position (Fig. 20.2).

POINT PRATIQUE

Chaque fois que c'est possible, utilisez un goniomètre pour mesurer l'amplitude du mouvement articulaire.

Fonctions

Pour votre patient, c'est le facteur le plus important. Le footballeur a besoin de ses jambes pour courir et frapper le ballon; la danseuse a besoin

Figure 20.2. Utilisation du goniomètre pour mesurer les mouvements articulaires.

des siennes pour des mouvements précis et pour conserver son équilibre. Chaque patient aura un problème particulier et vous devrez à chaque fois tester les fonctions défaillantes.

• CHANGEMENTS DUS À L'ÂGE

Comme pour les autres appareils, vous devrez connaître les modifications qui surviennent au cours de l'âge. Elles sont illustrées dans la figure 20.3 et sont les suivantes :

• raccourcissement du tronc, principalement dû à une ostéoporose sénile et à la dégénérescence des disques intervertébraux;

• cyphose croissante;

• extension limitée des hanches;

• flexion des genoux;

• diminution de l'amplitude des mouvements des articulations périphériques.

• ARTICULATIONS PARTICULIÈRES

Trois articulations périphériques majeures ont été choisies pour montrer les bases de la technique d'examen.

Figure 20.3. Modifications du squelette avec l'âge.

Épaule

Les épaules possèdent une très grande amplitude de mouvements dans toutes les directions, permise par l'articulation scapulo-humérale qui est maintenue en place par une coiffe musculo-cutanée appelée « coiffe des rotateurs ». Le mouvement de l'articulation gléno-humérale est associé à un mouvement de rotation de l'omoplate (scapula) autour du thorax. Recherchez particulièrement l'atrophie du muscle deltoïde. Évaluez les mouvements (Fig. 20.4) en demandant à votre patient:

- de « lever les bras comme ceci » pendant que vous montrez une abduction complète active;
- de tenir un délai de 10 s environ;
- puis de les laissez descendre lentement.

Puis demandez à votre patient:

- « Mettez vos mains derrière votre tête », pour tester la rotation externe ;
- « Mettez vos mains derrière votre dos », pour tester la rotation interne.

Finalement, testez la flexion et l'extension et évaluez la composante scapulo-thoracique du mouvement de l'épaule en répétant l'abduction et en fixant l'angle de l'omoplate (scapula).

Épaule gelée

L'épaule gelée est une situation très fréquente et très invalidante, survenant précocement à l'âge moyen, dans laquelle l'épaule se raidit à la suite de lésions mal comprises des tissus mous. C'est extrêmement douloureux, surtout la nuit, et caractérisé à l'examen par des mouvements extrêmement limités dans toutes les directions. Une raideur similaire survient après une immobilité due à une hémiplégie.

Figure 20.4. Évaluation des mouvements de l'épaule, (a) Abduction, (b) Rotation externe, (c) Rotation interne, (d) Flexion, (e) Extension.

POINT PRATIQUE

Les syndromes douloureux de l'épaule sont aggravés pendant la nuit et empêchent le sommeil.

Syndrome de la coiffe des rotateurs ou de l'arc douloureux

Il provoque une douleur lors de l'élévation de l'épaule lorsque les structures de la coiffe, les tendons des muscles subscapulaires, supra et infra-épineux frottent contre la surface inférieure de l'acromion. La douleur est initialement absente mais apparaît à partir d'un certain degré d'abduction pour disparaître lors des derniers degrés du mouvement (Fig. 20.5).

Figure 20.5. Syndrome de l'arc douloureux ou de la coiffe des rotateurs. Noter que la douleur s'aggrave lors de la descente du bras.

Hanche

La hanche est une énarthrose permettant des mouvements dans toutes les directions. L'articulation est plus profonde que celle de l'épaule, ce qui la rend plus stable, mais qui en même temps limite l'amplitude des mouvements. La douleur de la hanche, habituellement d'origine arthrosique, est perçue dans l'aine ou les fesses et s'aggrave avec le mouvement et le port d'une charge. La douleur d'une hanche atteinte peut se projeter vers le genou et vice versa (Fig. 20.1). Ceci peut aboutir à une confusion et vous devez toujours examiner les deux articulations pour déterminer l'origine précise de la douleur.

Une boiterie peut provenir:

- d'une douleur de la hanche. Le patient transfère rapidement le poids de la jambe atteinte vers l'autre;
- d'une jambe plus courte;
- d'une abduction inefficace de la jambe;
- d'autres problèmes mécaniques de la hanche, du genou, de la cheville ou du rachis comme une raideur, une instabilité ou une faiblesse.

Les mouvements que vous devrez tester sont montrés dans la figure 20.6. Avec cette articulation, il est difficile d'utiliser un goniomètre pour estimer la normalité de l'amplitude des mouvements. Vérifiez les mouvements suivants :

- extension : il est possible qu'un patient perde 30° d'extension mais qu'il soit toujours capable de poser sa cuisse à plat sur le lit, parce que la colonne se place en extension. Pour l'éviter, posez votre main derrière la colonne et fléchissez la hanche opposée du patient avec votre autre main. Ceci aplatira la colonne lombaire et révélera la vraie perte d'extension (Fig. 20.6a) ;
- flexion;
- abduction (Fig. 20.6b);
- adduction (Fig. 20.6c). Vous devrez réaliser quelques degrés de flexion pour ce faire;
- rotation externe (Fig. 20.6d) ;
- rotation interne (Fig. 20.6e).

Les rotations interne et externe sont évaluées sur un patient en procubitus.

Arthrose

L'arthrose est la cause la plus fréquente de douleur de la hanche chez les personnes âgées. Elle est associée à une limitation des mouvements, et la rotation interne est la plus précocement touchée.

Figure 20.6. Mouvements tests de la hanche, (a) Noter que la discrète flexion de la hanche droite du patient est démasquée en plaçant une main dans le creux de la lordose lombaire, (b) Abduction, (c) Adduction, (d) Rotation externe, (e) Rotation interne.

Genou

C'est une articulation complexe dont les atteintes sont fréquentes. On apprendra beaucoup de l'inspection du genou. Recherchez:

- une atrophie du quadriceps: mesurez la circonférence de chaque cuisse 10 à 15 cm au-dessus de la marge supérieure de la rotule (patella).
- un liquide synovial. Est-ce qu'il suit les contours de la cavité synoviale, qui s'étend 5 cm au-dessus de la marge supérieure de la rotule (patella) ?
- une angulation latérale. *Genu varum* ou *genu valgum* (Fig. 2.16.)?
- un gonflement de la fosse poplitée. Ce signe passe facilement inaperçu si vous ne retournez pas votre patient. Un gonflement peut être dû à un simple kyste, à un kyste de Baker ou à un anévrisme.

Il est facile de mesurer la flexion et l'extension grâce à un goniomètre. Si les ligaments collatéraux sont déchirés mais que les ligaments croisés restent intacts, il n'y aura pas de laxité latérale et il est nécessaire de fléchir le genou à 20° pour tester la stabilité latérale.

• DIAGNOSTIC DES ATTEINTES ARTICULAIRES

Les atteintes articulaires peuvent provenir d'une maladie arthritique primaire ou représenter une atteinte secondaire d'autres maladies. Cela veut dire qu'en examinant une articulation anormale, il faut prendre en compte un grand nombre de diagnostics différentiels. Certains facteurs sont importants et doivent être pris en compte:

- la rapidité du début des signes;
- l'articulation touchée, par exemple la première articulation métatarso-phalangienne dans la goutte ;
- si d'autres articulations sont touchées, par exemple une polyarthropathie comme dans la polyarthrite rhumatoïde;

• les caractères de l'atteinte articulaire, par exemple l'arthropathie symétrique des petites articulations dans la polyarthrite rhumatoïde;
• si une maladie générale est présente, par exemple une sarcoïdose ou un psoriasis.

Ce livre n'a pas pour but d'évoquer par le détail toutes les maladies articulaires, mais le point de révision 20.1 vous donne quelques idées de l'importance des atteintes possibles.

POINT DE RÉVISION **20.1**

Maladies articulaires

Causes	*Groupe d'âge*	*Articulations touchées*	*Signes cliniques*
Infection*	Tout âge (l'infection peut compliquer une maladie articulaire préexistante comme une polyarthrite rhumatoïde).	Toutes.	Partiellement dépendants de l'agent infectieux (*cf.* Chapitre 31).
Atteintes inflammatoires non infectieuses			
Polyarthrite rhumatoïde (Fig. 20.7a et b)	Jeunes et d'âge moyen (plus de femmes que d'hommes).	Surtout les petites articulations des mains et des pieds. Les articulations plus proximales sont touchées plus tard.	Fréquents. Atteinte multisystématisée. Chronique et récidivante. Arthropathie symétrique des petites articulations.
Rhumatisme psoriasique (Fig. 20.8)	Tout âge.	Surtout les mains et les pieds.	Semblables à la polyarthrite rhumatoïde mais d'autres articulations de la main sont touchées.
Spondylarthrite ankylosante	Jeunes et d'âge moyen (plus d'hommes que de femmes).	Articulations sacro-iliaques. Colonne vertébrale et hanches.	Lombalgies chroniques avec raideur progressive. Atteintes systémiques avec fibrose du lobe supérieur et et insuffisance aortique. HLA B27 positif.
Arthropathie réactionnelle, par exemple syndrome de Reiter	Hommes jeunes.	Surtout les articulations « sous la ceinture ».	Habituellement autolimitée. Associée à une uretrite et une irido-cyclite.
Goutte (Fig. 20.9)	Âge moyen et avancé.	Atteint initialement la première articulation métatarso-phalangienne.	Arthropathie à l'acide urique. Crises aiguës très douloureuses évaluant vers une maladie chronique.
Arthrose	S'accentue avec l'âge.	Articulations porteuses : hanches, genoux et colonne.	Fréquente. Arthropathie porteuse.
Connectivités, Lupus érythémateux disséminé, dermatomyosite, sclérodermie, polyartérite.	Âge variable au début. Prépondérance féminine, polyartérite exceptée.	Articulations touchées variables.	Les signes de l'atteinte sont ceux de la maladie causale.

* *cf.* Point pratique

POINT PRATIQUE

Une arthrite aiguë septique requiert un traitement urgent.

(a)

(b)

Figure 20.7. (a) Polyarthrite rhumatoïde initiale. Noter le gonflement modeste des articulations interphalangiennes proximales des index et des médius, (b) Lésions arthritiques évoluées. Les médius et annulaires présentent une déformation en « col de cygne » avec une hyperextension des articulations interphalangiennes proximales et une flexion des articulations interphalangiennes distales. Le pouce présente une difformité en Z.

Figure 20.8. Rhumatisme psoriasique. Ici, les articulations interphalangiennes distales sont touchées et il y a des lésions typiques psoriasiques des ongles.

Figure 20.9. Goutte touchant de manière caractéristique de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

• LA COLONNE VERTÉBRALE

(Point de révision 20.2)

Chaque vertèbre est réunie à sa voisine par un disque intervertébral (syndesmose sujette à des atteintes mécaniques) et deux articulations postérieures (articulations synoviales sujettes à l'arthrose).

Symptômes

Douleur

Les lésions discales sont les plus fréquentes au niveau des colonnes cervicale et lombaire basses, où elles provoquent des douleurs. Si les nerfs spinaux sont comprimés, la douleur irradie le long du bras ou de la jambe; s'il s'agit de la jambe, c'est une sciatique. Les lombalgies peuvent provenir des articulations postérieures, d'une discopathie, d'une protrusion discale ou d'un tassement vertébral.

Déficits moteur et sensitif

Un tassement (ou une atteinte) vertébral(e) peut provoquer des lésions médullaires par compression directe ou ischémie.

Déformation

Des déformations sévères comme la scoliose peuvent interférer avec les fonctions cardiaque et respiratoire.

Raideur

Elle peut être due à une contracture musculaire ou à une modification pathologique des ligaments, comme dans la spondylarthrite ankylosante.

Signes

En observant un patient souffrant d'un problème vertébral, vous pourrez noter:

- une déformation latérale, qu'on appelle *inflexion ;*
- une contracture des muscles spinaux du côté de la douleur;
- une incurvation permanente de la colonne: lorsqu'elle implique plusieurs vertèbres, elle se nomme *cyphose* (Fig. 20.10) ;
- une position anormalement en extension, qu'on appelle une *lordose ;*
- une courbure latérale et en rotation, souvent complexe, qu'on appelle *scoliose* (Fig. 20.11).

Figure 20.10. Cyphose sévère résultant du collapsus de plusieurs vertèbres dû à une myélomatose. Noter le plissement de la peau de la paroi abdominale antérieure dû au raccourcissement du tronc.

POINT PRATIQUE

Si une compression médullaire n'est pas soulagée dans les heures qui suivent, les lésions seront permanentes.

Si une douleur fait suspecter une compression médullaire, un examen neurologique complet est indispensable.

Vérifiez en particulier:

- la manœuvre de Lasègue. Si la douleur apparaît après une flexion de 20 à 30°, une lésion discale est probable;
- le niveau radiculaire probable où se situe la compression;
- la présence de signes urinaires. Explorez la sensibilité superficielle autour de l'anus; une anesthésie périanale oriente vers une atteinte des racines sacrées et du fonctionnement vésical.

Figure 20.11. Scoliose.

POINT PRATIQUE

Une lombalgie est anodine quand :

- le patient se couche et se relève du lit d'examen sans gêne ;
- il n'y a pas de contracture des muscles lombaires ;
- la colonne se mobilise normalement dans toutes les directions.

POINT DE RÉVISION **20.2**

Anomalies de la structure de la colonne et des fonctions

Signes cliniques	*Patients jeunes*	*Patients d'âge moyen et avancé*
Raideur et douleur	Spondylarthrite ankylosante. Lésions discales. Trauma.	Comme dans le groupe jeune. Spondylarthrose. Atteintes malignes. Infections chroniques, par exemple tuberculose.
Perte de taille (raccourcissement)	Lésions diffuses en compression.	Ostéoporose. Atteintes malignes diffuses de la colonne. Maladie de Paget.
Scoliose	Congénitale. Acquise (idiopathique). Neurologique (ex. séquelles de polio).	Habituellement après des atteintes de jeunesse.
Cyphose	Congénitale. Tuberculose vertébrale. Spondylarthrite ankylosante. Maladie de Scheuerman.	Habituellement après des atteintes de jeunesse. Ostéoporose. Tuberculose. Atteintes malignes diffuses de la colonne.
Modifications congénitales et acquises de la forme du squelette	Diverses formes de nanisme dans l'enfance, comme l'achondroplasie (Fig. 2.9) ou le rachitisme.	Habituellement après des atteintes de jeunesse. Maladie de Paget (Fig. 2.5). Ostéoporose. Ostéomalacie.

Comprendre le sida

INTRODUCTION

Le sida, ou syndrome d'immunodéficience acquise, est le stade ultime d'une infection virale chronique du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il résulte du déficit de l'immunité cellulaire. La maladie évolue en différents stades, chacun étant caractérisé par des symptômes et des signes différents.

Infection aiguë

Beaucoup d'individus sont complètement asymptomatiques, mais si des symptômes apparaissent, ils peuvent suggérer une maladie virale: fièvre, myalgies, malaise, arthralgies, gorge rouge, céphalées, photophobie, nausées, vomissements et diarrhée. Vous pourrez retrouver des adénopathies et une éruption, voire, occasionnellement, des signes neurologiques comme une paralysie faciale ou un déficit moteur dû au syndrome de Cuillain-Barré.

Infection chronique asymptomatique

Les symptômes et les signes sont complètement absents à ce stade. Les patients ayant connaissance de leur séropositivité auront besoin d'aide pour faire face à des symptômes non spécifiques comme une fièvre modérée, des nausées, des vomissements et la « diarrhée de 24 heures ». De tels symptômes ne signifient pas que la maladie ait progressé.

Adénopathies généralisées persistantes

À ce stade, un tiers des patients présentent des adénopathies palpables dans deux autres sites que les régions inguinales, et qui persistent depuis plus de trois mois. Ces adénopathies sont mobiles et symétriques. Les patients porteurs du sida ne sont généralement pas conscients de la présence d'adénopathies. Si vous palpez des ganglions chez un patient à haut risque, demandez-lui si elles sont sensibles, car les hypertrophies ganglionnaires de la plupart des maladies communes sont très sensibles.

Affections chroniques tardives

Des mois ou des années peuvent passer avant qu'un nouveau problème ne se présente. Des symptômes généraux et des infections mineures surviennent souvent:

- des infections mycosiques comme la candidose orale;
- des infections cutanées bactériennes comme un impétigo;
- des infections virales comme une réactivation d'un herpès labial ou de verrues anogénitales.

Stade terminal

À ce stade, l'immunodéficience cellulaire est bien avancée. Des tumeurs inhabituelles et des atteintes neurologiques apparaissent; des infections opportunistes engagent le pronostic vital en affectant les poumons, la peau et le tube digestif.

• INFECTIONS OPPORTUNISTES DU SIDA

Nous sommes tous exposés à un grand nombre de germes pathogènes potentiels, mais un système immunitaire compétent suffit à maintenir un haut degré de protection. L'immunosuppression augmente le risque d'infections opportunistes potentiellement mortelles provenant de micro-organismes anodins, qu'ils soient bactériens, fungiques, protozoaires ou viraux. Des atteintes infectieuses par des micro-organismes courants comme le *Streptococcus pneumoniae* ou les espèces de *Salmonella* sont habituellement plus sévères et récidivent si un traitement prolongé n'est pas administré.

Dans les poumons, le *Pneumocystis carinii* est fréquent. Le plus souvent, les signes thoraciques sont discrets en dépit d'une dyspnée marquée et d'une cyanose. Des infections atypiques à mycobactéries sont presque toujours pathognomoniques du sida, mais on peut également observer une tuberculose pulmonaire.

Dans le tube digestif, la candidose orale, les ulcérations orales (Fig. 21.1) et la leucoplasie sont fréquentes (Fig. 21.2). L'œsophagite aiguë est due à une infection fongique ou au cytomegalovirus. Les infections parasitaires de l'intestin grêle par le *Cryptosporidium* se manifestent par des diarrhées, une malabsorption et une perte de poids. Une grande variété de lésions malignes et bénignes touche la peau. L'éruption typique de l'herpès peut réapparaître. Le *molluscum contagiosum,* habituellement limité à l'aine, est souvent généralisé et l'on peut constater un herpès labial ou génital. Les porteurs de psoriasis peuvent signaler une exacerbation sévère.

L'infection du système nerveux par *l'Herpes simplex virus,* le cytomégalovirus, le zona et les mycobactéries peuvent provoquer une encéphalite, une méningite à cryptococcose et de multiples abcès nécrotiques de toxoplasmose.

• SIDA ET TUMEURS MALIGNES

Bien que les macules rosées très caractéristiques du syndrome de Kaposi (Fig. 21.3) puissent apparaître sur la peau et devenir plus foncées,

Figure 21.1. Ulcération orale.

Figure 21.2. Leucoplasie orale.

Figure 21.3. Syndrome de Kaposi.

cette atteinte maligne peut également ressembler à une banale morsure d'insecte, un grain de beauté ou un carcinome basocellulaire. Des lésions similaires peuvent toucher les poumons et le tube digestif. Les lymphomes sont habituellement extraganglionnaires et annoncent un déclin rapide. Les symptômes d'une extension généralisée sont la perte de poids, la transpiration nocturne et les malaises, associés aux signes cliniques liés à la topographie de la tumeur, comme une obstruction ou une diarrhée en cas d'atteinte digestive, ou des céphalées et des signes neurologiques pour les tumeurs intracrâniennes.

• ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DU SIDA

Apprendre sa séropositive affectera chacun d'entre nous de manière différente. Les étapes habituelles de l'acceptation de n'importe quel diagnostic, à savoir le choc, la culpabilité, la peur et l'anxiété, ne s'appliquent généralement pas au patient porteur du VIH en raison de la perception sociale de la maladie, qui diffère grandement de celle des autres maladies. La manière dont le patient acceptera la nouvelle dépend beaucoup de ses croyances, de ses ressources personnelles (ainsi que celles de ses amis, de sa famille, de ses collègues et de tout son réseau social) et de ses antécédents pathologiques. Les conseils prodigués après le diagnostic doivent se répartir sur plusieurs consultations, de manière à bien insister sur les informations importantes.
Vous serez amené à discuter de problèmes et d'incertitudes concernant:

- les relations quotidiennes avec les partenaires, les amis, les collègues de travail et surtout avec les employeurs;
- le risque des contacts quotidiens;
- les traitements immédiats, futurs et expérimentaux;
- la mort et la fin de vie.

Malgré ce qu'en disent les médias, la plupart des patients séropositifs depuis peu vont bien pendant un certain temps. Bien que près de la moitié des séropositifs développeront le sida dans les dix années qui suivent, le nombre des patients qui ne le développent pas augmente, et vous pouvez vous montrer relativement optimiste. Tout du moins au début, les symptômes non spécifiques n'impliquent pas la progression de la maladie. Toutefois, vous devrez céder la main aux médecins plus expérimentés de votre équipe, qui pourront prendre en charge cette évolution d'une manière sensible mais honnête.
Les patients avec le sida sollicitent une aide lorsque :

- des événements spécifiques « négatifs » les affectent personnellement, comme la mort d'un ami ou la perte d'un emploi, et font ressurgir des inquiétudes concernant leur santé;
- des événements de portée sociale, comme des articles « positifs » sur les progrès du traitement paraissent dans les journaux ou les magazines, et qu'ils font miroiter trop vite une « guérison ».

Mais par-dessus tout, vous devez vous rappeler que les patients atteints du sida sont des personnes normales qui essaient de gérer une situation très anormale: ils vivent dans la peur qu'à un certain moment, un symptôme ou un signe n'apparaisse et puisse indiquer l'irrévocabilité de leur maladie. Vous devrez répondre en les aidant à exprimer leurs sentiments, leurs frustrations et leurs inévitables émotions fortes. Préparez-vous à leur fournir une aide psychologique médicale quand cela vous est possible, et n'hésitez pas à demander de l'aide à des médecins plus expérimentés.

22

Apprendre à proposer un diagnostic différentiel

Pour définir la cause d'un symptôme d'un patient, il faut:

- bien recueillir une histoire détaillée;
- un examen clinique systématique;
- des examens complémentaires spécifiques et choisis.

Des maladies courantes ont tendance à se présenter de manière caractéristique et dans la plupart des cas, avec de l'expérience, vous aurez rapidement une idée assez précise de ce qui ne va pas dès l'interrogatoire. Ceci vous aidera à focaliser votre examen clinique, à la recherche des signes spécifiques qui confirmeront vos suspicions cliniques (des exemples sont présentés dans le Point de révision 22.1).

POINT DE RÉVISION **22.1**

Cas 1

Une étudiante de 22 ans se présente avec des céphalées depuis deux jours, des nausées, des vomissements, une fièvre et une intolérance à la lumière vive. Sa température est de 38,5 °C, il n'y a pas de signe focal d'infection, mais elle a la nuque raide.

Le diagnostic probable est une méningite. Une ponction lombaire confirmera le diagnostic.

Cas 2

Un homme de 55 ans au long passé d'angor se présente deux heures après le début d'une très violente douleur thoracique irradiant vers les omoplates, bien plus intense que l'angor habituel. Il est froid, moite et a manifestement mal. Sa pression artérielle est élevée et il existe une différence de 20 mm de Hg entre les bras droit et gauche. L'ECG montre simplement une tachycardie sinusale.

Le diagnostic différentiel est a) une dissection aortique, b) un infarctus aigu du myocarde, et c) un angor instable.

• ÉLABORER UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La plupart du temps, l'histoire et l'examen orienteront vers un seul diagnostic. Dans d'autres cas, vous serez moins sûr de vous et vous'devrez considérer toute une série de possibilités. Vous devrez alors dresser une « courte liste » de deux ou trois (voire plus) situations qui peuvent expliquer les symptômes et les signes. Par exemple, un patient âgé peut être confus en raison d'une infection urinaire ou respiratoire, d'une lésion intracrânienne ou d'un surdosage accidentel.
Ce « diagnostic différentiel » est important parce que:

- il permet à d'autres de prendre connaissance non seulement du diagnostic que vous avez retenu, mais aussi celui que vous avez (à tort ou à raison) écarté;
- il justifie la sélection d'examens complémentaires appropriés pour confirmer ou infirmer chacun de vos diagnostics possibles.

Le diagnostic le plus vraisemblable doit être présenté en premier, et le reste doit être listé en ordre décroissant d'importance.

• QUE FAIRE SI VOUS N'ARRIVEZ PAS À POSER UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL?

Parfois les circonstances sont contre vous. Le patient peut être confus, incapable de se rappeler quoi que ce soit, ou simplement trop malade pour répondre à vos questions; son entourage ne peut être d'aucune utilité, ou les symptômes ne collent avec aucune condition clinique que vous connaissez.

Si vous avez vraiment l'impression de ne pas avoir suffisamment d'éléments pour poser le diagnostic, reprendre les principaux points de l'histoire clinique est une bonne pratique. Recommencez les points de l'examen clinique dont vous n'êtes pas sûr. Essayez d'obtenir davantage d'informations, d'un ami ou d'un voisin, et contactez le médecin de famille à la recherche d'antécédents : les patients « oublient » parfois des détails remarquables de leur histoire médicale et de leur traitement.

Après avoir épuisé toutes les sources d'information, vous serez peut-être toujours aussi loin d'un diagnostic assuré. Dans ces circonstances, il est essentiel de garder à l'esprit toute une série de maladies qui peuvent expliquer les symptômes du patient. Faites une liste de toutes les maladies communes que vous connaissez susceptibles d'expliquer le problème de votre patient.

Vous aurez des difficultés avec un patient dont les symptômes ne correspondent à aucun schéma classique. Gardez-vous de poser le diagnostic d'une maladie rare avant d'avoir exclu les atteintes les plus fréquentes. Rappelez-vous toujours que « les maladies fréquentes surviennent fréquemment », et que la plupart des maladies dont le diagnostic a été difficile s'avère être des présentations inhabituelles de maladies fréquentes. Par exemple, un patient dont la fièvre échappe à toute explication en dépit d'investigations poussées à l'hôpital peut avoir une fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, mais le diagnostic le plus probable est une atteinte maligne, une connectivité ou une infection par un micro-organisme fragile.

POINT PRATIQUE

Rappelez-vous :

Occasionnellement, des maladies habituelles se présentent avec des symptômes atypiques.

Le pire scénario possible

À un certain moment, vous serez forcé de constater qu'il peut exister un très grand nombre de possibilités diagnostiques. Par exemple, la céphalée est un symptôme non spécifique de stress, d'arthrose cervicale, de tumeur cérébrale, d'hémorragie sous-arachnoïdienne, de méningite, de migraine, d'infection et de beaucoup d'autres maladies.

Les patients et leur entourage tiendront à savoir ce qui ne va pas. Une manière utile de s'en sortir est de retenir le diagnostic le plus probable et d'en faire son diagnostic de travail. Dans ces circonstances, c'est votre meilleure hypothèse, et elle constituera la base de votre prise en charge initiale et de vos premiers examens complémentaires. Vous serez certainement amené à la réviser:

- selon la réponse au traitement;
- lorsque les premiers résultats des examens complémentaires seront disponibles;
- si vous obtenez desinformations complémentaires.

Que faire ensuite?

Le plus souvent, un collègue plus expérimenté vérifiera certaines parties de l'histoire et de l'examen clinique. Un autre diagnostic différentiel émergera peut-être, d'autres examens complémentaires seront requis ou une nouvelle priorité sera donnée à certains examens.

• POSSIBILITÉS DIAGNOSTIQUES

Pour vous donner une idée de la manière de concentrer ses hypothèses autour de plusieurs diagnostics différentiels, nous allons prendre la dyspnée pour exemple.

La dyspnée

La dyspnée est un symptôme d'appel fréquent. Il est souvent relativement facile d'éliminer rapidement de nombreuses causes, jusqu'à ce qu'il n'en reste que quelques-unes. La rapidité peut être importante, mais pas au détriment de la pertinence clinique. Avec l'expérience, et comme en médecine d'urgence, vous interrogerez votre patient pendant que vous l'examinez.

Adoptez une des stratégies suivantes :

L'approche symptomatique. Par exemple: « A quelle rapidité est apparue la dyspnée? » Il n'y a que quelques causes d'apparition vraiment brutale de la dyspnée. « Cela vous est-il déjà arrivé ? » et « Comment la situation s'est-elle améliorée? »

L'approche systématique. Les causes les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires et respiratoires. Rappelez-vous que les maladies hématologiques (anémie), métaboliques (acidocétose diabétique) et rénales (urémie) peuvent provoquer une dyspnée.

Une approche probabiliste. C'est raisonner sur la probabilité d'une maladie en se basant sur l'âge, les antécédents du patient et l'épidémiologie. L'œdème pulmonaire est une cause fréquente de dyspnée aiguë chez une personne âgée aux antécédents d'infarctus du myocarde ou de maladie valvulaire. L'asthme est fréquent chez les jeunes enfants, le pneumothorax chez des personnes maigres et actives, l'emphysème et la bronchite chronique chez les fumeurs d'âge moyen et la broncho-pneumopathie chez les personnes âgées peu actives.

Prescrire des examens complémentaires de base

Établir un diagnostic différentiel consiste simplement à ordonner les causes les plus probables des symptômes du patient, en se basant sur des impressions cliniques. Parfois, vous serez suffisamment sûr de votre diagnostic pour débuter le traitement. En urgence, évidemment, vous serez obligé de pratiquer ainsi. Dans la plupart des cas, toutefois, vous devrez prescrire une série d'investigations sélectionnées afin d'assurer votre diagnostic clinique.
Des investigations parfaitement choisies peuvent être très utiles parce qu'elles:

- apportent une confirmation objective de la justesse de votre impression clinique;
- définissent l'extension de la maladie;
- indiquent la sévérité de la maladie;
- fournissent un état des lieux préalable au traitement;
- illustrent les effets de la maladie ou les effets du traitement;
- aident à éviter une toxicité médicamenteuse.

• À PROPOS DES RÉSULTATS

Les variables biologiques ont habituellement une distribution gaussienne, ou en forme de cloche, avec 95 % de la population tombant entre les deux déviations standards, de part et d'autre de la médiane. Les résultats des tests sanguins suivent cette distribution, et l'écart normal fourni avec chaque résultat s'applique à 95 % des examens. Qu'en est-il des résultats qui se situent en dehors ?

• RÉSULTATS ANORMAUX

En termes statistiques, les résultats *juste en dehors* des valeurs normales peuvent toujours être normaux pour les 5 % restant de la population. Il est important de s'en souvenir, car des valeurs *discrètement* anormales n'impliquent pas nécessairement une maladie. Un résultat peut être franchement en dehors des valeurs normales pour plusieurs raisons:

- les valeurs normales peuvent être inappropriées pour le patient. Les résultats peuvent varier selon l'âge, le sexe, la race et la grossesse;
- le résultat peut-être anormal et confirmer le diagnostic clinique;
- le résultat a pu être affecté par des facteurs comme une diète, des médicaments ou des protéines sériques. Le laboratoire local devra confirmer;
- les valeurs peuvent évoluer. Vérifiez les résultats antérieurs et postérieurs;
- une pathologie auparavant imprévue est découverte : ceci nécessite des investigations complémentaires;
- une erreur technique est survenue. Le laboratoire recommandera de répéter l'examen.

S'il y a le moindre doute sur la signification d'un résultat, discutez d'investigations de substitution avec le service compétent.

• AVERTISSEMENT À PROPOS DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'examen idéal identifiera de manière fiable les patients qui se présenteront une maladie bien particulière.
Très peu d'examens s'en approchent, car ils sont tous un compromis entre une sensibilité (le test est performant à identifier les patients qui ont vraiment la maladie) et une spécificité (le test est

performant à démontrer que les patients n'ont pas la maladie).

Par exemple, un examen avec une sensibilité de 95 % veut dire que 5 % des tests seront « faussement négatifs » pour des patients malades qui ne seront pas identifiés.

De manière identique, un examen dont la spécificité est de 95 % signifie que 5 % des tests seront « faussement positifs » et que des individus seront suspectés (à tort) d'être atteints.

Modifier le test pour le rendre plus sensible réduit sa spécificité, et vice versa.

POINT DE RÉVISION 23.1

Exemple de liste d'examens complémentaires pour un patient se plaignant d'une dyspnée à l'effort

Diagnostic	*Investigations*
Maladies des voies aériennes	Débit de pointe, RP, spirométrie complète
Maladie cardiaque ischémique	ECG, test d'effort
Anémie	NFS
Insuffisance ventriculaire gauche	ECG, échocardiographie

• QUELS EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DEVEZ-VOUS PRESCRIRE?

Le but des investigations est d'obtenir une preuve objective et définitive qu'il ne peut y avoir qu'une seule explication aux symptômes du patient. Certains examens sont des marqueurs non spécifiques de la maladie. Par exemple, une augmentation de la protéine C réactive (CRP) et de la vitesse de sédimentation érythrocytaire (VS) se retrouve lors d'une infection ou d'une inflammation, alors que d'autres tests seront spécifiques à une seule maladie.

La plupart des maladies habituelles peuvent être diagnostiquées avec des examens complémentaires relativement simples (Point de révision 23.1).

Lorsque vous vous interrogerez sur les examens complémentaires à effectuer, vous commencerez par relire la liste des différents diagnostics différentiels. Le temps passé à réfléchir aux examens complémentaires (et à l'ordre dans lequel vous allez les effectuer) n'est jamais perdu. Il semble naturel de rechercher d'abord la cause la plus probable des symptômes du patient, puis de prendre en compte quelles investigations sont disponibles pour aider à confirmer vos suspicions cliniques.

Des examens complémentaires invasifs sont parfois traumatisants pour les patients, bien que la pratique et l'expérience diminuent ce risque; l'angiographie coronarienne et la biopsie hépatique sont de bons exemples. Quand cela est possible, demandez-vous si des examens complémentaires sanguins ou urinaires non invasifs et des investigations d'imagerie simples (qui habituellement ne provoquent aucun inconvénient ni traumatisme pour le patient) ne suffisent pas à obtenir les informations que vous recherchez.

Les résultats qui se distribueront dans des valeurs normales seront décrits comme « négatifs ». Ils permettent habituellement éliminer un diagnostic putatif. Parfois, toutefois, un résultat peut ne pas être « positif » :

- pendant les premières heures d'une maladie, par exemple, après un infarctus du myocarde, la créatine-kinase met 12 heures pour se retrouver en grande quantité dans le sang;
- pendant les premiers jours d'une maladie, par exemple les taux viraux sont bas jusqu'à environ dix jours après l'infection;
- pendant les premiers mois d'une maladie, par exemple après une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VI H).

Les résultats peuvent se retrouver bien en dehors des valeurs normales, l'examen sera alors considéré comme « positif » et, par conséquent, « diagnostique » pour la maladie. Dans la plupart des cas, cela sera vrai, mais occasionnellement, le résultat sera « faussement positif », affirmant la présence de la maladie alors que c'est faux.

Des résultats négatifs sont tout aussi utiles que les positifs; ils peuvent éliminer au moins certaines des causes dans une longue liste de diagnostics possibles.

• EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DIAGNOSTIQUES

Au fur et à mesure que croissent votre expérience et votre savoir, votre capacité à poser un diagnostic se développe et avec elle celle d'évaluer la cause la plus probable de la maladie du patient.
De plus, il vous sera plus facile de déterminer quels examens complémentaires vous aideront à établir le diagnostic le plus rapidement.
La plupart des maladies habituelles peuvent être diagnostiquées très simplement:

- suspicion d'infection. L'infection bactérienne provoque habituellement une modification de la numération sanguine des globules blancs. Pour des infections localisées, des prélèvements de la gorge, des crachats, du liquide pleural, des selles, du liquide cérébro-spinal, de l'urine et du sang peuvent être utiles; radiographie pulmonaire du thorax; scintigraphie marquée à la recherche d'infections profondes (une scanographie sera plus performante, [NdT]);
- maladies respiratoires chroniques. Le débit de pointe est réduit. La radiographie pulmonaire montre des poumons dilatés et un diaphragme aplati ;
- un infarctus du myocarde. L'électrocardiogramme montre des modifications caractéristiques avec élévation du segment ST le premier jour et des ondes Q plus tard. Les enzymes cardiaques ou les taux de transaminase sont augmentés ;
- les maladies articulaires. Différents tests immunologiques permettent de différencier les formes d'arthropathies.

• EXAMENS POUR SURVEILLER LES EFFETS DU TRAITEMENT

Des examens peuvent être utilisés pour confirmer l'efficacité du traitement, et pour s'assurer que les taux sériques de médicaments anti-épileptiques ou de digoxine sont considérés comme optimum (la « fenêtre thérapeutique »), ou s'assurer que le traitement ne provoque pas de modifications physiologiques trop importantes. Par exemple, les diurétiques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, prescrits pour une insuffisance cardiaque, peuvent provoquer une détérioration de la fonction rénale avec une augmentation des taux sanguins de créatine et d'urée.

POINT PRATIQUE

Problème clinique

Patient admis avec une douleur thoracique centrale décrite comme un « broiement » avec irradiation dans le bras gauche.
Le diagnostic d'infarctus aigu du myocarde peut être « exclu » par les examens sanguins et électrocardiographiques les jours suivants.
La troponine et les enzymes « cardiaques » comme la créatine-kinase sont disponibles dans la plupart des hôpitaux.

• À SE RAPPELER LORSQUE L'ON PRESCRIT DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Il n'est pas anodin de penser que les tests sont une « routine ». On devait toujours être capable de justifier chaque examen.
Les examens sanguins les plus fréquemment prescrits comme la numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation et la protéine C-réactive, l'urée et les électrolytes, les paramètres de la fonction hépatique, les tests de fonctionnement thyroïdien et la glycémie sont réalisés de manière automatique. Vous trouverez habituellement une notice dans le local de soins ou, dans certains hôpitaux, un manuel vous indiquant la bonne éprouvette pour chaque examen.

Certains examens nécessitent une attention ou un horaire particuliers lors de la prise de sang; c'est le cas des hémocultures et de la mesure du cortisol. Certains tests requièrent une analyse individuelle et la demande doit être discutée avec le laboratoire avant la prise de sang.
Quand vous demandez un examen complémentaire, assurez-vous que vous recevrez les résultats et que vous les recopierez dans vos notes. Ceci vous aidera lors de la visite. Essayer d'obtenir des résultats significatifs avant la visite. Vous apparaîtrez ainsi très efficace, et vous permettrez

également aux collègues de décider si d'autres investigations sont nécessaires.

• LA « BATTERIE » DE DOSAGES

Dans certains hôpitaux, une « batterie » de dosages peut être demandée; un exemple est présenté dans le Point de révision 23.2.

POINT DE RÉVISION 23.2

Une « batterie typique » de dosages

Sodium
Potassium
Urée
Créatinine
Albumine
Gamma-glutamyltransférase (gGT)
Phosphatases alcalines
Transaminases
Bilirubine
T4 libre
Hormone thyrostimulante (Thyrotrophine TSH)
Cholestérol total
Créatine-phosphokinase (CPK)
Troponine 1
Glucose

Cette approche apporte plus d'informations que vous n'en avez besoin et va inévitablement générer quelques résultats anormaux qui conduiront à de nouvelles investigations inutiles. Limitez-vous aux investigations que vous estimerez nécessaires compte tenu des circonstances cliniques.

Il est probablement plus utile de définir quel examen vous aidera à prouver que la cause est infectieuse chez un patient avec des brûlures mictionnelles et une dysurie, une fièvre à 38,5 °C et une leucocytose ; ou à différencier une confusion aiguë d'une démence modérée mais progressive chez un patient âgé.

• QUE DIRE AU PATIENT?

La plupart des patients seront rassurés s'ils sont tenus avertis du déroulement des investigations. Il est important que vous discutiez de tout ce qui est potentiellement désagréable ou présente des risques reconnus. Prenez le temps d'expliquer au patient pourquoi ces examens sont nécessaires, et de répondre à ses questions*.

Rappelez-vous que:

- les bénéfices de toute procédure (pour obtenir rapidement un diagnostic) doivent dépasser les risques inhérents;
- un examen inutile ne sera pas apprécié par votre patient;
- une débauche d'examens ne sera pas appréciée, ni par votre supérieur ni par l'hôpital ;
- des complications potentielles d'un examen complémentaire nécessaire doivent être discutées avec le patient;
- les complications d'un examen inutile seront impossibles à expliquer aux patients et à leur entourage ;
- les patients ont le droit de savoir quel risque accompagne chaque investigation;
- une simple ponction veineuse peut être traumatisante pour certains patients;
- vous devez être capable de justifier chaque examen complémentaire;
- certains examens sont aléatoires;
- n'indiquez pas d'investigation invasive si une alternative raisonnable non invasive existe;
- les investigations vous donneront un travail supplémentaire parfois inutile.

POINT DE RÉVISION 23.3

Résumé

Les examens complémentaires doivent être sélectionnés de manière attentive. Ceci évite de soumettre votre patient à des investigations inutiles et potentiellement traumatisantes.

Une valeur anormale n'est pas toujours le signe d'une maladie.

Certains dosages demandent une attention particulière. Vérifiez avec le laboratoire.

Prescrivez des examens qui sont « non invasifs » et de risque peu élevé.

Expliquez toujours à votre patient ce que représente chaque examen, particulièrement si les investigations sont « invasives » et potentiellement risquées.

Discutez avec votre patient des résultats des examens le plus rapidement que vous pourrez.

---

* Pendant vos années d'études, vous devriez observer le plus grand nombre d'investigations possibles. Ceci vous aidera plus tard à comprendre ce que les patients subissent lors des tests.

Causes et symptômes du trouble

Dyspnée

La dyspnée est la sensation subjective d'être essoufflé ou la sensation consciente d'avoir besoin d'un effort respiratoire accru. La dyspnée liée à un effort physique éprouvant est banale, mais ne l'est plus lorsqu'elle survient:

- au repos ou à la suite d'un effort modéré ;
- lors d'un décubitus à plat nécessitant de dormir assis;
- pendant la nuit et qu'elle réveille le patient.

Elle est principalement due à des maladies cardiaques ou pulmonaires, ou encore à une anémie sévère.

• LE PATIENT EST-IL ATTEINT?

Beaucoup de patients décrivent une dyspnée mais ne sont pas sérieusement malades. Voici quelques signes caractéristiques d'une dyspnée « fonctionnelle » (c'est-à-dire d'un essoufflement qui n'est pas dû à une maladie organique):

- la sensation d'être incapable de prendre une inspiration profonde;
- un tremblement des lèvres et des doigts, l'impression de perdre connaissance ou de suffoquer, une respiration rapide. Ces symptômes sont le plus souvent dus à une « panique » et à une hyperventilation;
- la sensation d'être tout le temps essoufflé;
- une tolérance normale à l'exercice physique.

Voici les signes caractéristiques de la véritable maladie:

- le fait d'éviter tout exercice inutile dans la vie quotidienne;
- une respiration à travers les lèvres pincées, ce qui réduit la tendance au collapsus des petites voies respiratoires ;
- l'utilisation des muscles respiratoires accessoires. Les patients sont souvent assis, penchés en avant, la tête rentrée dans les épaules et les mains sur les hanches;
- un sifflement audible, bien que certains patients puissent le provoquer à volonté ;
- une modification du cycle respiratoire avec une inspiration brève et une expiration prolongée;
- une apparence affectée, luttant pour respirer et apparaissant même « choquée ».

De nombreux patients décrivent une dyspnée à la suite d'efforts apparemment légers. Ceci peut être dû à un manque d'exercice ou à une prise de poids au cours des années. Une grande proportion des automobilistes n'a pas l'habitude de faire de l'exercice et est en mauvaise forme physique.
En cas de dyspnée aiguë, vous devrez poser les questions pendant que vous examinez le patient. Développer votre habileté clinique pour ces circonstances nécessite beaucoup de pratique. Essayez de voir les patients dès leur arrivée à l'hôpital.

• LA MALADIE EST-ELLE GRAVE?

Certaines causes de dyspnée engagent le pronostic vital. De manière générale, l'apparition aiguë d'une maladie chez une personne auparavant en bonne santé fait d'elle un patient à haut risque, tout comme des modifications brutales chez une personne présentant une affection sous-jacente. Des symptômes s'aggravant progressivement peuvent indiquer une maladie grave, en particulier s'ils sont associés à une perte de poids, une toux chronique et une hémoptysie.

Les signes caractéristiques de gravité sont:
- une tachycardie associée;
- l'impossibilité de finir une phrase;
- une hypotension artérielle, une peau froide et moite;
- le maintien de la position assise;
- une douleur thoracique associée;
- une perte de poids.

• QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

Un coup d'œil au Point de révision 24.1 vous montre l'étendue des problèmes médicaux qui peuvent provoquer une dyspnée. Ils recouvrent tous les systèmes et toutes les maladies, des plus bénignes jusqu'aux plus menaçantes.

• QUELQUES CAUSES MOINS FRÉQUENTES MAIS TOUJOURS IMPORTANTES

La liste des causes possibles de dyspnée implique tous les appareils. Vous devez garder en mémoire que:
- la tuberculose pulmonaire est encore un problème très sérieux dans de nombreuses régions du monde, en particulier dans le sous-continent indien;
- dans les pays développés, la tuberculose pulmonaire reste prévalente chez les personnes atteintes du sida et les sans-abri;
- la fibrose pulmonaire peut se développer de manière insidieuse;
- les atteintes multisystématisées comme la polyarthrite rhumatoïde peuvent être associées à une maladie pulmonaire;
- des symptômes peuvent se développer très tôt après le début d'un traitement par bêtabloquant utilisé en cas d'hypertension artérielle et d'angine de poitrine, ou bien après le début d'un traitement par des médicaments cytotoxiques comme le méthotrexate.

POINT DE RÉVISION 24.1

Quelques causes de dyspnée

Cardiovasculaire	Œdème pulmonaire Insuffisance cardiaque congestive Maladie cardiaque valvulaire Cardiomyopathie Maladie coronarienne
Respiratoire	Asthme. Dilatation des bronches Bronchite. Carcinome. Emphysème Alvéolite fibrosante. Épanchement pleural Pneumothorax. Embolie pulmonaire
Neuromusculaire*	Syndrome de Guillain-Barré. Scoliose Spondylarthrite ankylosante. Myasthénie Hyperventilation. Infarctus du tronc cérébral Dyspnée de Cheyne-Stockes
Iatrogène	Intoxication aux salicylés
Hématologique	Anémie
Rénal*	Insuffisance rénale Hypoalbuminémie
Traumatique*	Lésion de la paroi thoracique
Métabolique et endocrine*	Acidocétose diabétique Obésité
Autres	Anxiété, hyperventilation et attaques de panique Perte de forme physique

* Dans ces atteintes, la dyspnée est habituellement un signe secondaire du problème principal.

• GROUPES À RISQUE

Certains patients ont un risque plus élevé de dyspnée. Ce sont:
- les fumeurs. Les maladies pulmonaires chroniques comme la bronchite chronique et l'emphysème, ainsi que les maladies coronariennes, sont particulièrement fréquentes;
- certains groupes professionnels, comme les mineurs, ont un risque de pneumoconiose. Les fermiers ont un risque d'alvéolite allergique à cause du foin humide;
- certains loisirs ne sont pas sans risques. Par exemple, les personnes qui élèvent des oiseaux en cage peuvent présenter des symptômes proches du poumon du fermier;

• quiconque manipule l'amiante, matériau utilisé dans l'isolation et les matériaux ignifuges, peut développer une fibrose pulmonaire progressive des années après l'exposition;
• les fumeuses qui prennent une contraception orale ont un risque accru de maladie thromboembolique.

• PAR QUOI FAUT-IL COMMENCER?

Quels que soient les symptômes que présente le patient, trois facteurs restent importants:
• savoir quelles maladies sont fréquentes chez les jeunes, les adultes et les personnes âgées;
• une histoire clinique bien retranscrite et un examen clinique attentif, prêtant une attention particulière aux systèmes que l'histoire désigne comme des causes potentielles de la maladie. Ceci vous permettra d'élaborer une courte liste de diagnostics différentiels;
• des examens complémentaires soigneusement sélectionnés: les non-invasifs avant les invasifs.

L'âge, la vitesse d'apparition et les signes associés pourront aider au diagnostic. Les problèmes que vous rencontrerez fréquemment chez les personnes jeunes sont:
• l'asthme. Des sifflements récurrents sont souvent provoqués par des pollens, des spores, la présence d'animaux domestiques ou des infections virales;
• une infection respiratoire. Une pneumonie se manifestera par une toux productive, une fièvre et une hémoptysie avec une douleur à l'inspiration;
• le pneumothorax. Une dyspnée aiguë accompagnée d'une douleur thoracique unilatérale est caractéristique;
• une embolie pulmonaire, particulièrement chez les jeunes fumeuses prenant la pilule contraceptive.

Le spectre des maladies touchant les personnes d'âge moyen est différent:
• une douleur thoracique sévère avec une dyspnée indique probablement un infarctus aigu du myocarde;
• une dyspnée aiguë avec des antécédents de maladie coronarienne peut signaler un œdème pulmonaire.

Chez les personnes âgées, d'autres causes sont fréquentes :
• un œdème abdominal et des membres inférieurs avec une sensibilité hépatique suggèrent une insuffisance cardiaque chronique;
• une toux chronique, une hémoptysie et une douleur thoracique accompagnant une dyspnée progressivement croissante sont souvent dues à un carcinome pulmonaire.

• TROUVER LA CAUSE

Rappelez-vous de bien recueillir l'histoire du patient et de faire un examen clinique exhaustif; vous serez capable d'identifier au moins le système physiologique en cause.
Il est souvent inutile (et potentiellement dangereux) d'attendre la confirmation d'examens complémentaires chez les patients gravement atteints. Par exemple, un patient qui est au seuil de la mort avec une insuffisance ventriculaire gauche est une situation clinique où la mise à l'épreuve thérapeutique est acceptable, car les examens complémentaires seront conduits une fois la situation sous contrôle.
Heureusement, la dyspnée est habituellement accompagnée d'autres symptômes qui aident à réduire la liste des causes potentielles (Point de révision 24.2).
Une séquence logique de questions aide à préciser la cause. Certains signes remarquables sont déjà présents dans l'histoire:

Rapidité des débuts. Le pneumothorax et l'œdème pulmonaire apparaissent de manière aiguë alors que la pneumonie et l'exacerbation d'une bronchite chronique se développent plus lentement.

Age du patient. L'inhalation d'une cacahouète survient fréquemment chez le jeune, une mauvaise forme physique est le lot des personnes d'âge moyen, et les personnes âgées peuvent avoir de multiples causes de dyspnée:

Causes et symptômes du trouble

POINT DE RÉVISION **24.2**

Signes associés à une dyspnée, orientant le diagnostic

Sifflements	Habituellement une cause respiratoire. Asthme aigu. Bronchite chronique et emphysème. Dilatation des bronches. Œdème aigu du poumon.
Crachats purulents	Habituellement une cause respiratoire. Bronchite chronique. Dilatation des bronches. Pneumonie.
Hémoptysies	Habituellement une cause respiratoire. Pneumonie. Carcinome. Embolie pulmonaire.
Dyspnée paroxystique nocturne	Habituellement une cause cardiaque. Maladie coronarienne. Maladie valvulaire cardiaque. Cardiomyopathie.
Douleur thoracique	Habituellement une cause cardiaque. Maladie coronarienne.
Œdème périphérique	Habituellement une cause cardiaque. Maladie coronarienne. Cardiomyopathie. Cœur pulmonaire.
Hippocratisme digital	Habituellement une cause respiratoire.
Hyperpression veineuse jugulaire/pulsation	Habituellement une cause cardiaque.
Déplacement du choc de pointe	Habituellement une cause cardiaque.
Palpitations	Habituellement une cause cardiaque. Maladie coronarienne. Maladie valvulaire cardiaque. Cardiomyopathie.

une anémie provoquée par des médicaments non stéroïdiens, une bronchite chronique ou une maladie valvulaire cardiaque.

Symptômes associés.

Antécédents médicaux. Une maladie coronarienne prédispose à l'œdème aigu du poumon et un traitement immunosuppresseur après une transplantation accroît le risque d'infection.

• QUE FAUT-IL FAIRE APRÈS?

Vos diagnostics différentiels dicteront les examens complémentaires nécessaires pour ne retenir qu'un seul diagnostic et éliminer les autres. Les examens sont présentés dans le Point de révision 24.3. Chacun d'eux ne sera pas forcément nécessaire pour chaque patient. Vous aurez rapidement suffisamment d'expérience pour vous aider à sélectionner ceux qui seront les plus appropriés.

POINT DE RÉVISION **24.3**

Système suspect

Système suspecté	*Examens complémentaires*
Cardiovasculaire	ECG. « enzymes cardiaques ». Échocardiographie. Enregistrement des 24 h et radiographie pulmonaire (RP).
Respiratoire	RP. Cultures de crachats et hémocultures. Spirométrie et gaz du sang. Procédures invasives comme l'aspiration pleurale. Bronchoscopie et biopsie ganglionnaire*.
Hématologique	Numération formule sanguine. Moelle osseuse*.
Métabolique	Cortisol. Urée. Tests de fonction thyroïdienne. Glucose. Gaz du sang.

* La décision d'indiquer un de ces examens sera prise habituellement par un médecin senior.

25

Douleurs thoraciques

La douleur thoracique est une cause fréquente d'admission à l'hôpital et un symptôme familier des services de consultations externes. Elle génère souvent une grande anxiété par sa sévérité, sa fréquence ou son impact sur la vie professionnelle ou personnelle du patient.
Toutes les structures internes du thorax et de la paroi thoracique peuvent provoquer une douleur thoracique. Certaines douleurs sont temporairement gênantes et restrictives (par des causes ostéo-musculaires), certaines engagent immédiatement le pronostic vital (comme l'infarctus du myocarde ou la dissection aortique).

• LE PATIENT EST-IL MALADE?

Beaucoup de patients qui se plaignent d'une douleur thoracique ne semblent pas gravement atteints. Même dans ce cas, les douleurs thoraciques peuvent fortement les fragiliser en les laissant croire qu'ils sont sérieusement malades. Un patient n'est pas sérieusement atteint si les douleurs thoraciques sont:

- constantes et insignifiantes et qu'elles durent depuis des jours ou des semaines sans gêner les activités normales;
- mal définies et associées à des tremblements des doigts ou des lèvres;
- soulagées par le changement de position, la chaleur ou la manipulation;
- décrites comme localisées à un point précis de la paroi thoracique, en particulier la région sous-mammaire gauche.

• LA MALADIE EST-ELLE GRAVE?

Voici les symptômes qui orientent vers une cause potentiellement grave:

- une douleur sévère, probablement la pire vécue par un homme, ou venant chez une femme juste après l'accouchement;
- des douleurs ayant un début très brutal;
- des douleurs qui irradient vers le bras, la gorge, le cou ou le dos ;
- des douleurs associées à d'autres symptômes, comme une syncope ou une dyspnée progressive;
- des douleurs qui s'aggravent à l'effort.

Les douleurs thoraciques qui mettent en jeu le pronostic vital proviennent surtout des appareils cardiovasculaires et respiratoires.
Voici les signes que vous devez rechercher, ceux liés au « choc » et à la baisse de l'éjection ventriculaire:

- une peau pâle et moite;
- une baisse de la tension artérielle;
- une tachycardie;
- un œdème pulmonaire;
- une oligurie;
- des troubles de la conscience.

• QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

Les causes les plus fréquentes sont d'origine ostéo-musculaire, puis celles consécutives à un reflux gastro-oesophagien (Fig. 25**.1),** à une ischémie, à un infarctus du myocarde ou à une embolie pulmonaire. Des douleurs thoraciques suggérant une crise cardiaque sont une cause fréquente d'admission à l'hôpital.

Figure 25.1. N'oubliez pas les causes gastro-intestinales des douleurs thoraciques.

• QUELQUES CAUSES MOINS FRÉQUENTES MAIS TOUJOURS IMPORTANTES

Une dissection aortique engage le pronostic vital. Bien que la douleur ressemble à celle de l'infarctus du myocarde (début brutal et sévère), voici les signes qui doivent attirer votre attention : douleur irradiant vers le dos, disparition du pouls des membres inférieurs, et grande différence de pouls et de pression artérielle entre chaque bras sans modifications typiques de l'ECG.

Le zona thoracique peut se présenter par des douleurs, suivies quelques jours plus tard d'une éruption typique dans un métamère cutané.

Le carcinome bronchique provoque une grande variété de symptômes, les plus fréquents étant la toux et l'hémoptysie. Des douleurs thoraciques persistantes constituent un symptôme tardif. La pleurésie peut survenir par envahissement direct de la paroi thoracique ou être secondaire à une pneumonie.

• GROUPES À RISQUES

Les patients à risque cardiovasculaire auront habituellement un ou plusieurs facteurs de risque :

- tabagisme;
- cholestérol élevé ;
- antécédents d'hypertension artérielle, de diabète sucré, de maladies vasculaires cérébrales ou vasculaires périphériques;
- des antécédents familiaux de maladie coronarienne, à un jeune âge ou à l'âge moyen.

Les fumeurs ont également un plus grand risque de carcinome bronchique et de maladies vasculaires en général.

Une douleur thoracique pendant un effort inhabituel (bêcher un jardin ou pelleter la neige d'un chemin) peut être due à un angor; lorsqu'elle survient après ces efforts, elle est due à une raideur musculaire. Toutefois il faudra se rappeler qu'un effort inhabituellement violent peut entraîner un début d'angor ou même d'infarctus. Une pleurésie avec embolie pulmonaire peut être le premier signe d'une thrombose veineuse profonde après un repos prolongé au lit, une intervention chirurgicale ou une maladie grave.

Renseignez-vous sur l'usage de contraceptifs oraux chez les jeunes femmes et d'hormones de substitution chez les femmes âgées. Les deux sont associés à un risque légèrement plus élevé de maladie thrombo-embolique, particulièrement chez celles qui fument.

• TROUVER LA CAUSE

Rappelez-vous que, dans tous les cas, le processus d'élaboration du diagnostic suit un canevas classique:

- l'expérience, le contexte et la prévalence de la maladie limiteront à quelques-unes les possibilités étiologiques;
- un bon recueil de l'histoire vous aidera à formuler quelques diagnostics raisonnables;
- ceci guidera votre examen clinique et permettra d'attirer votre attention sur des points spécifiques;
- vos hypothèses diagnostiques orienteront les investigations nécessaires.

L'âge, la vitesse d'apparition et les signes associés vous conduiront vers le diagnostic (Point de révision 25.1).

Une suite logique de questions vous aidera à établir la cause. Évaluez tout d'abord si la douleur engage le pronostic vital. Elle est souvent:

- à début brutal ;
- sévère et associée à une sensation de mort imminente;
- accompagnée de signes de choc: le patient est froid, moite, essoufflé et en hypotension.

POINT DE RÉVISION **25.1**

Signes associés à la douleur thoracique, orientant le diagnostic

Caractère de la douleur
Si elle est « constrictive », « aiguë » ou « broyante », pensez à l'infarctus du myocarde ou à une ischémie; une douleur « déchirante » vers le dos peut être due à une dissection de l'aorte.

Localisation
Si elle est très localisée, suspectez une douleur musculaire; si elle suit la distribution des nerfs intercostaux, rappelez-vous que la douleur du zona précède l'éruption de quelques jours.

Irradiation
Autour du thorax, elle suggère une maladie cardiaque ; de l'épigastre vers le cou, une maladie gastro-intestinale; vers la scapula, une atteinte vésiculaire.

Gravité
Une douleur est sévère lorsqu'elle engage le pronostic vital.

Persistance
Une douleur qui ne s'estompe pas est habituellement liée à la paroi thoracique; occasionnellement le carcinome bronchique peut se présenter par une douleur persistante.

Recherchez toujours :

- un événement similaire dans les antécédents familiaux;
- des facteurs de risque prédisposant aux maladies cardiovasculaires ou thrombo-emboliques;
- des antécédents personnels médicaux.

Puis, recherchez d'où peut provenir la douleur. Habituellement:

- la douleur cardiaque est persistante, ressentie comme un grand poids ou comme une bande constrictive autour du thorax, irradiant vers la mâchoire, les épaules et les bras, associée à une dyspnée, des nausées et des vomissements, révélée par l'effort et soulagée (mais peut aussi survenir) au repos. Une douleur péricardique est soulagée en se penchant en avant;
- une douleur respiratoire est une douleur aiguë, lancinante, aggravée par l'inspiration profonde (en particulier lorsque la plèvre est atteinte), souvent accompagnée d'une toux et d'une dyspnée. L'embolie pulmonaire peut-être accompagnée d'une hémoptysie et de signes de choc circulatoire;

• les maladies gastro-intestinales (Fig. 25.1 et Point de révision 25.2) peuvent provoquer des douleurs rétro-sternales à type de brûlures, irradiant vers la mâchoire en cas de reflux œsophagien ou vers la scapula droite dans les maladies vésiculaires. Ces dernières sont précédées de crises liées à la prise des repas depuis des mois ou des années;

• la douleur ostéo-musculaire est souvent associée à une sensibilité très localisée de la paroi thoracique et peut être reproduite par le mouvement.

POINT PRATIQUE

De manière générale, les maladies qui ont un début brutal et dramatique résultent de « tubes qui se bloquent » ou de « tubes qui éclatent ».

• QUE FAUT-IL FAIRE ENSUITE?

Après avoir vérifié si la maladie engageait le pronostic vital et déterminé l'appareil en cause, décidez des examens complémentaires appropriés, puis assurez-vous que le traitement antalgique soit prescrit et administré de façon suffisamment fréquente pour être efficace.

POINT DE RÉVISION **25.2**

Quelques causes de douleurs thoraciques

Cardiovasculaires
Maladie coronarienne, angor chronique stable, angor instable et infarctus du myocarde. Péricardite. Anévrisme aortique.

Respiratoires
Trachéite aiguë. Carcinome bronchique. Pneumothorax. Embolie pulmonaire. Pneumonie. Pleurésies associées.

Hématologiques
Anémie. Leucémie.

Gastro-intestinales
Abcès sous-phrénique. Hépatomégalie métastatique, hépatite. Insuffisance cardiaque congestive. Carcinome de l'œsophage. Reflux œsophagien. Hernie hiatale. Calculs vésiculaires.

Neuromusculaires
Zona. Scoliose. Traumatisme de la paroi thoracique Contracture musculaire. Ostéochondrite costale. Spondylarthrite ankylosante. Ostéoporose. Ostéomalacie.
Maladie de Paget.

Autres
Anxiété. Hyperventilation. Crises de panique.

26

Céphalées

QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

Les céphalées sont un symptôme presque universel. Alors qu'existent d'innombrables causes de céphalées, la plupart sont inoffensives. Les céphalées de tension, les migraines et les causes extracrâniennes représentent la plus grande majorité des céphalées (Point de révision 26.**1).**

POINT DE RÉVISION **26.1**

Quelques causes importantes de céphalées

Migraine*	Céphalées de tension*
Causes extracrâniennes* (ex.: cervicarthrose)	Hypertension artérielle
Méningite/encéphalite	Artérite crânienne
Autres maladies fébriles*	Hypertension intracrânienne

* Causes fréquentes.

• PAR QUOI FAUT-IL COMMENCER?

Le diagnostic dépend de la rapidité de survenue, de la périodicité et d'éventuels signes ou symptômes d'accompagnement. Votre priorité sera de vérifier si les céphalées ne sont pas dues à une maladie grave. Vous devrez demander:

- Les céphalées sont-elles survenues brutalement?
- Se sont-elles aggravées depuis une heure ou deux?
- Vous sentez-vous fiévreux et en sueur?

• CÉPHALÉES BRUTALES ET SÉVÈRES POUVANT ÊTRE GRAVES

Le caractère de la douleur et la vitesse de survenue de la céphalée sont caractéristiques. Le patient peut se plaindre d'une céphalée soudaine et atroce (« comme si l'on tapait derrière la tête avec un marteau »). La cause la plus grave est une hémorragie intracrânienne. Le saignement peut survenir:

- chez un jeune adulte ou d'âge moyen: dans les espaces sous-arachnoïdien, en raison d'un anévrisme congénital ou d'une malformation artério-veineuse;
- chez les patients âgés: symptômes secondaires d'une maladie cérébro-vasculaire d'origine hypertensive.

La conscience peut être altérée; certains patients seront alertes et d'autres dans un coma profond. Le score de Glasgow (présenté à la page 206) est un moyen utile pour évaluer le niveau de conscience. Vous devez examiner le système nerveux avec attention, à la recherche de signes de focalisation qui ne sont pas rares.

Plus rarement, une méningite aiguë purulente, particulièrement à méningocoque, peut être associée à la survenue très rapide de céphalées en quelques minutes. Toutefois, elles apparaissent généralement plus lentement, accompagnées de fièvre, de nausées, de vomissements et d'une raideur de la nuque (Fig. 26.**1).**

• CÉPHALÉES PÉRIODIQUES

Les céphalées périodiques ou récidivantes évoluent en une heure ou deux.

Causes et symptômes du trouble

Figure 26.1. Signes cliniques d'une méningite aiguë purulente.

Les diagnostics différentiels comprennent la migraine, l'algie vasculaire de la face et la céphalée de tension.

Les principaux signes qui vous aideront à identifier une migraine sont:

- des antécédents de céphalées remontant à l'enfance ou l'adolescence;
- des symptômes qui précèdent les céphalées, en particulier des troubles visuels (« prodromes ») ;
- les céphalées surviennent à toute heure de la journée et de la nuit;
- des crises très handicapantes qui obligent le patient à se coucher dans une chambre sombre pour quelques heures et parfois quelques jours.

Les algies vasculaires de la face (ou céphalées en chapelet) sont moins fréquentes et touchent davantage les hommes que les femmes. Les signes caractéristiques sont:

- des débuts brutaux tirant parfois le patient de son sommeil ;
- une douleur hémicrânienne intense autour de l'œil, qui peut être rouge et larmoyant (Fig. 26.2);
- les céphalées surviennent en chapelet, tous les jours ou toutes les nuits pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, et disparaissent soudainement pendant des mois ou des années.

Les céphalées de tension sont très banales et sont ressenties sur toute la tête. Demandez si les céphalées ont tendance à survenir pendant les périodes de stress.

Figure 26.2. Algie vasculaire de la face. Une douleur intense autour de l'œil qui peut être rouge et larmoyant.

• CÉPHALÉES FÉBRILES

Les patients présentant des céphalées dans un contexte fébrile forment un groupe diagnostique important. Les infections méningées, en particulier à méningocoque, à pneumocoque et à *Haemophilus influenzae,* peuvent provoquer des crises de céphalées. La survenue peut s'étendre sur quelques jours dans les encéphalites ou dans les formes chroniques de méningites, tuberculeuse ou à cryptocoques par exemple. Chez tous ces patients, recherchez :

- des nausées et des vomissements;
- une raideur de la nuque, notamment en posant le menton sur la poitrine;
- une sensibilité à la lumière ou « photophobie ».

Beaucoup d'états fébriles infectieux, en particulier la grippe, les angines banales et la mononucléose infectieuse peuvent provoquer des céphalées. La raideur de la nuque, la photophobie et les troubles de la conscience ne sont pas les signes cliniques principaux de ces affections.

• CÉPHALÉES DANS L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Malgré la croyance générale qu'une pression sanguine élevée peut provoquer des céphalées, l'hypertension artérielle est asymptomatique. Les symptômes des céphalées qui suggèrent la coexistence d'une hypertension artérielle sont:

- une aggravation de la céphalée au réveil;
- une topographie occipitale;
- des céphalées pulsatiles;
- une aggravation de la céphalée lors d'un exercice physique.

• CÉPHALÉES DES PERSONNES ÂGÉES

Alors que les céphalées décrites ci-dessus surviennent à tout âge, une situation, l'artérite crânienne ou temporale, est particulièrement préoccupante chez les personnes âgées. Un diagnostic précoce est absolument nécessaire. L'extension aux vaisseaux rétiniens peut provoquer une cécité, situation gravissime qui peut être prévenue par un traitement rapide à hautes doses de stéroïdes.

L'artérite crânienne (artérite temporale ou artérite à cellules géantes [Fig. 26.3]) survient presque invariablement chez les patients de plus de 65 ans.

Figure 26.3. Vaisseaux touchés par l'artérite temporale.

POINT DE RÉVISION **26.2**

Causes fréquentes de céphalées

Vitesse de survenue	*Cause de la céphalée*	*Maladies*	*Signes cliniques associés*
De quelques secondes à quelques minutes	Saignement intracrânien	Hémorragie sous-arachnoïdienne Hémorragie cérébrale	Nuque raide avec saignement sous-arachnoïdien, conscience altérée, signes précoces de focalisation neurologique
De quelques minutes à une heure	Migraine	Migraine classique Céphalées en chapelets Migraines atypiques	Aucun sauf dans les céphalées en chapelets dans lesquelles existent des signes oculaires (*cf.* texte)
Quelques heures (occasionnellement minutes)	Infections des méninges ou du système nerveux central	Encéphalite Méningite purulente Méningite virale	Fièvre, photophobie et raideur de la nuque
Quelques heures	Autres infections avec fièvre •	Grippe, paludisme, typhoïde, angine à streptocoque	Signes de la maladie causale, pas de raideur de la nuque
De quelques jours à quelques mois ou années	Hypertension intracrânienne	Tumeur cérébrale, hématome sous-dural	Œdème papillaire, autres signes neurologiques liés à la lésion primaire
	Artérite crânienne chez les patients âgés		Sensibilité des artères crâniennes
	Hypertension artérielle		Pression sanguine considérablement élevée

POINT PRATIQUE

Le premier signe d'une artérite crânienne peut être une cécité unilatérale.

De manière caractéristique :

- la douleur est localisée dans le cuir chevelu;
- les artères temporales, faciales et occipitales peuvent être sensibles, nodulaires et non pulsatiles.

• CÉPHALÉES DE L'HYPERTENSION INTRACRÂNIENNE

En routine clinique, elles sont relativement rares et leurs caractéristiques sont masquées par la cause sous-jacente. En général ces céphalées sont:

- aggravées par la toux;
- progressives;
- aux stades ultimes, associées à des vomissements et à un œdème papillaire.

Douleurs abdominales

Lorsque vous êtes confronté à un patient avec des douleurs abdominales vous devrez poser trois questions simples:

Depuis combien de temps les avez-vous?
- aiguës (quelques minutes ou quelques heures);
- subaiguës (quelques jours);
- chroniques (quelques semaines).

Où sont-elles situées ?
- supérieure, centrale et inférieure;
- à droite ou à gauche;
- elles irradient ailleurs.

A quoi ressemblent-elles?
- à des coliques;
- douleurs variables;
- douleurs constantes.

Les réponses à ces trois questions et la prise en compte de l'âge, du sexe et de l'appartenance ethnique de votre patient vous mettront sur la bonne voie pour poser le diagnostic clinique.

• DOULEURS ABDOMINALES AIGUËS DE TYPE COLIQUE

Une douleur de type colique peut provenir de n'importe quel tube comportant un muscle lisse. Elle s'accroît pendant une période de quelques secondes à quelques minutes, puis s'apaise et peut disparaître, formant un cycle qui peut se répéter plusieurs minutes plus tard. Les signes à rechercher sont présentés dans le Point de révision 27.1.

POINT DE RÉVISION **27.1**

Que rechercher chez un patient avec des douleurs abdominales aiguës de type colique ?

Topographie de la douleur	*Signes cliniques*	*Symptômes distinctifs*	*Affection fréquente*
Centrale	Sensibilité diffuse Fièvre possible	Anorexie, nausées, vomissements et diarrhées associées	Gastro-entérite
Centrale	Dépendent de la cause sous-jacente (hernies, masses, distension, etc.)	Vomissements ou constipation, dépendants du site d'obstruction (*cf.* texte)	Occlusion intestinale aiguë
Centrale, mais irradie vers l'angle de la scapula droite	Ictère obstructif modéré après 24 ou 48 heures	Antécédents de calculs vésiculaires Dyspepsie	Calculs et colique hépatique
Unilatérale, flanc vers régions génitales	Sensibilité du flanc	Douleur unilatérale, miction impérieuse	Colique néphrétique (urétérique)

Colique intestinale aiguë due à une occlusion intestinale

Les principales causes d'occlusion intestinale, à différentes périodes de l'adolescence et de la vie adulte, sont présentées dans le Point de révision 27.2.

Une colique intestinale se produit rarement avec des obstructions situées en amont du pylore. Une colique de l'intestin grêle est ressentie au centre, et celle du côlon sous l'ombilic. Il est important de comprendre que l'occlusion intestinale résulte le plus souvent de la présence de masses abdominales adjacentes.

Les symptômes de la colique intestinale par occlusion dépendent bien sûr du site de l'obstruction : vomissements, distension et constipation.

Les vomissements d'une occlusion intestinale supérieure (intestin grêle) sont abondants, aqueux et bilieux. Dans une occlusion intestinale basse (côlon), le vomi est plus épais, brun et nauséabond. Une obstruction haute ne comporte jamais de distension importante, en raison des vomissements, mais l'obstruction du côlon gauche provoque une distension considérable. Quand l'obstruction est complète, il y a constipation absolue avec un intestin vide en aval de l'obstruction.

POINT DE RÉVISION **27.2**

Causes de l'occlusion intestinale

Enfants et adolescents
- Masses inflammatoires (appendicite)
- Intussusception du diverticule de Meckel ou d'un polype
- Hernie
- Adhérences

Adultes
- Comme chez l'enfant
- Maladie de Crohn
- Inflammation locale due à une appendicite ou une diverticulite
- Carcinome du côlon

Personnes âgées
- Comme chez l'adulte
- Volvulus du sigmoïde
- Ischémie intestinale

Colique hépatique

Elle survient lorsque la vésicule biliaire se contracte pour forcer la migration d'un calcul dans le canal cystique. La douleur est très vive, épigastrique et accompagnée le plus souvent de vomissements. Si le calcul gagne la voie biliaire principale, elle devient une colique biliaire (terme plus exact). Si le calcul se bloque dans la voie biliaire, il provoquera un ictère.

Colique néphrétique (urétérique)

La colique néphrétique est une douleur très intense due au passage d'un calcul ou de caillots sanguins dans l'uretère. Typiquement:

- elle débute dans l'angle rénal;
- elle irradie autour du flanc vers l'aine, le pénis et le scrotum chez l'homme, et les grandes lèvres chez la femme;
- le patient peut se rouler sur le sol, prostré par l'intensité de la douleur;
- des vomissements et des sueurs coexistent;
- le patient peut présenter un désir très intense d'uriner aboutissant à l'émission de quelques gouttes seulement;
- lorsque le calcul ou le caillot pénètre dans la vessie, les douleurs cessent immédiatement.

• SURVENUE BRUTALE D'UNE DOULEUR ABDOMINALE SÉVÈRE ET PERSISTANTE

De manière générale, en médecine, ce type de douleur est provoqué par « des choses qui explosent et d'autres qui restent bloquées ». Dans l'abdomen, il y a trois situations qui provoquent une douleur abdominale atroce, sévère et persistante à début brutal (Fig. 27.1) :

- un ulcère peptique perforé;
- une pancréatite aiguë;
- la rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Ulcère perforé

Cette urgence abdominale survient habituellement entre 40 et 60 ans. Vous devez suspecter la

Figure 27.T. Signes à rechercher chez un patient adulte avec une douleur abdominale sévère et persistante, de survenue brutale.

perforation chez un patient plus âgé, particulièrement s'il suit un traitement à base de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il n'y pas toujours d'antécédents d'ulcération.

La douleur est située initialement dans l'épigastre mais irradie ensuite dans tout l'abdomen. La douleur peut se projeter vers l'épaule gauche. A l'examen, le patient sera sérieusement atteint (Fig. 27.1) avec tachycardie, respiration superficielle mais pas de fièvre. Typiquement, l'abdomen est rigide comme une planche de bois, extrêmement sensible, initialement dans l'épigastre puis dans tout l'abdomen. Les bruits intestinaux sont absents. Si une quantité suffisante de gaz s'est échappée à travers la perforation vers la cavité péritonéale, l'aire de matité hépatique sera modifiée et les clichés radiographiques en position debout montreront un croissant d'air dense et noir sous le diaphragme. Faites attention si la douleur de votre patient se calme et s'il commence à se sentir mieux quelques heures plus tard. Une péritonite est certainement en train de se développer. Les signes à rechercher sont l'assouplissement d'un abdomen précédemment contracture et une tachycardie progressive.

POINT PRATIQUE

De manière générale, une douleur abdominale continue de survenue brutale est provoquée par « des choses qui explosent » et par « des choses qui restent bloquées », par exemple :
- perforation intestinale ;
- pancréatite aiguë ;
- anévrisme rompu.

Pancréatite aiguë

Celle-ci aussi met en jeu le pronostic vital. Suspectez-la chez un patient âgé et d'âge moyen lorsque l'histoire relève:

- une forte consommation d'alcool;
- une atteinte des voies biliaires;
- une obstruction du canal pancréatique;
- une atteinte virale (oreillons, par exemple);
- un traumatisme abdominal.

Les signes typiques du diagnostic sont:

- une douleur épigastrique sévère irradiant vers le dos ;
- des nausées et des vomissements importants ;
- une prostration, une tachycardie, une respiration rapide superficielle et un état de choc.

A l'examen, les signes initiaux peuvent être difficiles à différencier de ceux d'un ulcère perforé mais il n'existe aucun gaz dans la cavité péritonéale. Un ictère modéré peut apparaître deux à trois jours plus tard, et dans les cas graves, on constate une décoloration du flanc (signes de Grey Turner), de l'ombilic (signes de Cullen, Fig. 6.12).

Rupture d'un anévrisme abdominal

Un anévrisme peut rester tapi pendant des années, provoquant peu de symptômes avant de se rompre de manière inopinée. Vous devez suspecter un anévrisme rompu chez un patient de plus de soixante ans qui:

- à des antécédents de douleurs abdominales et lombaires persistantes;
- se présente avec une douleur abdominale et une hypotension artérielle;
- se présente avec une douleur abdominale sévère et une spoliation sanguine.

POINT PRATIQUE

Des douleurs sévères et une défense peuvent vous empêcher de palper un anévrisme abdominal lorsqu'il se rompt.

• DOULEUR ABDOMINALE SÉVÈRE À DÉBUT SUBAIGU DUE À DES ORGANES OU DES VISCÈRES INFLAMMÉS

Les caractéristiques de cette maladie sont résumées dans le Point de révision 27.3. La douleur peut apparaître dans un laps de temps variant de quelques heures à quelques jours. Les signes locaux d'inflammation ou d'irritation péritonéale apparaissent et les complications peuvent survenir. En termes pratiques, le site de la douleur vous orientera vers le diagnostic.

• DOULEUR DANS LE QUADRANT SUPÉRIEUR DROIT

La douleur dans ce quadrant est généralement due à des maladies touchant:

- la vésicule biliaire;
- le rein droit;
- le foie.

Il est simple de les différencier. La douleur vésiculaire se projette généralement vers l'arrière et vers la pointe de l'omoplate droite, et peut s'aggraver lors du mouvement ou d'une inspiration profonde. La douleur rénale se projette vers l'abdomen et l'aine, et la douleur hépatique est assez localisée.

La cause la plus fréquente de douleur dans le quadrant supérieur droit chez la femme est une cholécystite aiguë. Ici un petit calcul s'enclave dans le canal cystique, et l'organe s'enflamme et s'infecte. Des crises récidivantes peuvent devenir de plus en plus douloureuses, et s'accompagnent fréquemment de nausées et de vomissements.

Voici les signes que vous devrez rechercher:

- fièvre;
- distension abdominale;
- sensibilité et défense dans le quadrant supérieur droit;
- douleur aiguë lors de l'inspiration, lorsque la vésicule biliaire enflammée se déplace au contact de la main de l'examinateur: c'est un « signe de Murphy positif ».

POINT DE RÉVISION **27.3**

Les signes de douleurs abdominales sévères subaiguës dues à des organes enflammés

Site de la douleur	*Signes cliniques*	*Symptômes distinctifs*	*Affection fréquente*
Quadrant supérieur droit			
- Vésicule	Plus de femmes que d'hommes	Cholécystite aiguë	Masse inflammatoire, péritonite
- Rein droit	Plus de femmes que d'hommes	Pyélonéphrite aiguë	Pyélonéphrite chronique ou pyonéphrose
- Foie	Deux sexes, plus âgés	Métastases	–
- Cause intrathoracique	Tout âge, deux sexes	*Cf.* texte	-
Douleur abdominale se déplaçant après un délai variable vers la fosse iliaque droite	Tout âge, deux sexes	Appendicite aiguë	En absence de traitement, perforation avec péritonite et abcès appendiculaire
Douleurs uni ou bilatérales de l'aine avec douleurs rénales	Surtout les femmes en période génitale	Pyélonéphrite aiguë	Peut évoluer vers la pyélonéphrite chronique ou pyonéphrose
Fosse iliaque gauche	Hommes et femmes à partir de 50 ans	Diverticulite aiguë	Péritonite, abcès péricolique, fistule
Sus-pubienne surtout mais aussi les deux fosses iliaques	Femmes sexuellement actives	Salpingite aiguë	Pyosalpinx ou masse tubo-ovarienne

POINT PRATIQUE

Signe de Murphy

Ce signe est révélé en demandant aux patients de respirer pendant que vous palpez la zone sensible. Lorsque la vésicule biliaire descend avec l'inspiration, l'organe enflammé repousse les doigts de l'examinateur et une douleur vive apparaît. Lorsque la vésicule est distendue et enflammée de manière importante, vous pourrez alors percevoir une masse diffuse sensible.

Une pyélonéphrite droite peut également causer une douleur dans le quadrant supérieur droit mais l'on constatera davantage de sensibilité de l'aine avec une dysurie et une pollakiurie.

• CAUSES MOINS FRÉQUENTES À RECHERCHER

Les maladies courantes surviennent fréquemment mais certaines conditions génèrent des symptômes similaires: des métastases nécrotiques douloureuses du foie, un abcès sous-phrénique et autres abcès hépatiques ou kystes hydatiques.

Rappelez-vous aussi que la pathologie peut se situer au-dessus du diaphragme. Une pleurésie due à une pneumonie sous-jacente, à une embolie pulmonaire ou une infection par le virus du zona peut provoquer une sensibilité et une défense dans le quadrant supérieur droit et provoquer un faux signe de Murphy positif.

POINT PRATIQUE

La pathologie thoracique comme la pleurésie ou le zona peut provoquer des douleurs abdominales hautes.

• DOULEUR DANS LE QUADRANT SUPÉRIEUR GAUCHE

Vous rencontrerez plus rarement des douleurs dans le quadrant supérieur gauche avec des

signes d'inflammation locale. Comme pour les douleurs situées à droite, la cause n'est pas toujours au-dessous du diaphragme. Vous devez suspecter un infarctus splénique si, dans les antécédents, vous trouvez une atteinte hématologique ou lymphopoïétique responsable d'une splénomégalie. Une défense peut masquer une splénomégalie: pensez à écouter un éventuel frottement splénique.
Les personnes âgées peuvent présenter des lésions ischémiques de l'angle colique gauche. Une douleur locale de type colique avec sensibilité et défense locale sera facile à détecter.

• DOULEUR DANS LE QUADRANT INFÉRIEUR DROIT

Une douleur dans le quadrant inférieur droit est, de toutes les situations abdominales, la pire à diagnostiquer pour les cliniciens, les chirurgiens et les gynécologues. Vous la rencontrez très vite dans trois situations: l'appendicite, la maladie de Crohn et la salpingite.
Beaucoup de maladies se présentent de manière très caractéristique, mais ce n'est pas le cas de l'appendicite. La plupart des patients perdent précocement l'appétit et se sentent nauséeux. La présence d'une diarrhée doit remettre en cause le diagnostic, mais sans l'exclure. Dans l'histoire clinique, demandez si la douleur initiale centrale s'est aggravée et a migré vers la fosse iliaque droite. Ceci a pu se passer quelques heures ou quelques jours auparavant. Parfois la douleur peut débuter dans la fosse iliaque droite ou rester centrale, et parfois il y a une colique abdominale avec distension.

POINT PRATIQUE

L'appendicite aiguë est très rarement accompagnée de diarrhée.

À l'examen clinique recherchez:
- une fièvre peu élevée et une langue chargée;
- une sensibilité avec défense de la fosse iliaque droite;
- une douleur à la décompression *[cf.* page 86);
- une douleur à distance dans l'aine suggérant une appendicite rétrocaecale;
- une rupture de l'appendice provoquant des signes généraux de péritonite sur tout l'abdomen inférieur;
- une masse ou un abcès appendiculaire dus à une appendicite non traitée depuis quelques jours ou quelques semaines.

La poussée d'une maladie de Crohn affectant l'iléon terminal peut ne pas être différenciée d'une appendicite aiguë, mais si la défense locale n'est pas sévère, vous pourrez peut-être palper un iléon terminal épaissi.
La salpingite est la cause gynécologique la plus fréquente de douleurs de la fosse iliaque droite avec inflammation. Des signes simples la différencient d'une appendicite:
- douleurs bilatérales et sensibilité;
- écoulement vaginal muco-purulent;
- pollakiurie et dysurie.

• DOULEUR DANS LE QUADRANT INFÉRIEUR GAUCHE

Elle survient surtout dans la seconde moitié de la vie, lors d'une diverticulite touchant habituellement le côlon sigmoïde. Une crise aiguë provoque, de manière caractéristique, une douleur dans l'abdomen inférieur gauche aggravée par le mouvement. A l'examen, la région est sensible, avec une défense et une distension abdominale. Avec l'accentuation de l'inflammation, le patient présente des signes toxiques avec fièvre et tremblements fréquents.

Fatigue

Bien peu d'ouvrages ont des chapitres consacrés à la fatigue, ceci en raison du caractère vague du terme, utilisé par les patients pour exprimer toutes sortes de sensations et de symptômes, et en partie parce que les médecins savent que dans la majorité des cas, aucune cause organique ne sera retrouvée. Bien peu de médecins n'ont jamais eu « le cœur serré » après avoir entendu le patient dévoiler le motif principal de la consultation: la fatigue. Quoi qu'il en soit, la fatigue est un symptôme qui survient dans une très grande variété de maladies sans rapport les unes aux autres; une démarche logique et systématique doit assurer qu'aucune cause sous-jacente ne sera oubliée.

• SIMPLE FATIGUE PHYSIOLOGIQUE

Pour des personnes en bonne santé, la fatigue est la manière dont le corps exprime un besoin de repos physique ou de sommeil. Le sommeil est la réponse physiologique normale à des activités aussi diverses qu'une longue journée de travail, qu'une garde, que s'occuper d'un enfant en bas âge ou courir un marathon. Tous ceux qui pratiquent ces activités sont en droit de se sentir fatigués.
Toute différente est la fatigue qui signifie l'ennui. L'écolier récalcitrant n'est pas « fatigué » d'aller à l'école. Il est donc important de recueillir avec attention l'histoire clinique et de s'intéresser au style de vie du patient, en détail si nécessaire !

POINT PRATIQUE

La fatigue peut être simplement due à :
- l'ennui;
- manque de sommeil ;
- des activités physiques excessives ;
- de longues heures de travail.

Isolée, la fatigue ne signifie pas grand-chose. Si, toutefois, vous notez dans l'histoire clinique un des points suivants, poursuivez les investigations car ces symptômes associés annoncent souvent des maladies potentiellement plus graves :
- perte de poids;
- anorexie;
- fièvre;
- sueurs nocturnes;
- dyspnée progressive;
- adénopathies;
- pâleur.

Certains patients se plaindront de fatigue alors qu'ils veulent exprimer une faiblesse musculaire. Le Point de révision 28.1 donne une indication de tous les symptômes graves qui peuvent conduire un patient à se plaindre de fatigue. Il n'est pas exhaustif.

• FATIGUE ASSOCIÉE À DES SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES

Fatigue et lassitude sont des symptômes extrêmement fréquents au cours de maladies psychiatriques, en particulier la dépression.
Ici, voici les symptômes associés :
- apathie;
- sentiment de culpabilité;
- difficultés de concentration;
- réveil précoce;
- ralentissement psychomoteur;
- modification de l'humeur diurne.

Ces plaintes peuvent être associées à des symptômes somatiques comme la perte d'appétit,

POINT DE RÉVISION **28.1**

Symptômes d'alerte qui accompagnent la fatigue

Système	*Signaux d'alerte*	*Maladie probable**	*Signes cllnigues*
Cardiovasculaire	Dyspnée croissante	Cardiomyopathie Insuffisance cardiaque	Cardiomégalie Insuffisance cardiaque
Respiratoire	Dyspnée croissante Hémoptysie Sueurs nocturnes Toux	Carcinome bronchique Tuberculose pulmonaire Alvéolite fibrosante	Hippocratisme digital Signes pathologiques pulmonaires
Digestif	Perte de poids Anorexie Modification du transit intestinal	Carcinome intestinal Malabsorption Maladie inflammatoire intestinale	Anémie Hépatomégalie Masses abdominales
Système nerveux central	Faiblesse musculaire	Maladie du motoneurone Myopathies Myasthénie	Faiblesse musculaire Atrophie musculaire
Endocrine	Modification du poids	Hyperthyroïdie Hypothyroïdie	Signes de thyréotoxicose, myxœdème
Sanguin	Pâleur	Anémie par carence martiale Anémie pernicieuse Leucémie	Pâleur Modifications des muqueuses et celle de la langue
Système lymphatique	Adenopathies Sueurs nocturnes	Lymphome	Adénopathies généralisées Splénomégalie

* Cette liste n'est pas exhaustive.

l'anorexie et les céphalées. Cette série des symptômes associés est si vaste qu'ils ne sont pas confondus avec les signaux d'alerte. Les états dépressifs et anxieux sont les atteintes psychiatriques les plus fréquentes dont la fatigue est le symptôme.

• SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE

Fait marquant apparu dans le monde occidental ces dernières années, le syndrome de fatigue chronique affecte principalement les adolescents et les jeunes adultes. L'évolution dure plusieurs mois ou plusieurs années avant de disparaître spontanément. Aucune cause organique n'a été retrouvée à cette plainte curieuse dont les symptômes principaux sont la lassitude et une fatigue accablante, irrésistible.

• QUESTIONS À POSER

En passant en revue cette simple série de questions, il vous sera plus facile de déceler une atteinte spécifique chez votre patient. Questions :

- Le patient n'en fait-il pas trop à son travail, ou dans sa vie sociale?
- Le patient s'ennuie-t-il ?
- Y a-t-il des symptômes d'accompagnement qui suggèrent une maladie organique sous-jacente ?
- Le patient est-il cliniquement déprimé?
- Y a-t-il des signes qui suggèrent un syndrome de fatigue chronique?

29

Perte de poids

Nous avons déjà abordé le diagnostic des pertes de poids dans le chapitre 2. Il faut perdre entre 5 et 10 kg avant de voir son apparence physique se modifier. Les causes chez les personnes jeunes, d'âge moyen et âgées sont présentées dans le Point de révision 29.1. Comme cela a été précisé, elles sont liées à des facteurs géographiques, culturels et écologiques. Par exemple, une des causes les plus fréquentes de perte de poids chez les adolescentes du monde occidental est l'anorexie mentale, alors qu'en Afrique centrale, cette maladie est virtuellement inconnue dans la population, où l'hygiène ou la malnutrition ont pris des proportions épidémiques. Le Point de révision 29.1 montre en termes généraux les différences attendues.

• PERTE DE POIDS CHEZ LES NOURRISSONS

Dans les pays sous-développés, cette situation est fréquente, elle est presque invariablement due à la malnutrition et à des infections comme la gastro-entérite.

POINT DE RÉVISION **29.1**

Perte de poids chez les personnes jeunes, d'âge moyen et âgées dans les pays développés et sous-développés

Âge du groupe	*Cause de la perte de poids*	*Pays développés*	*Pays sous-développés*
Jeune	Malnutrition	Rare	+++
	Infections	+	+++
	Diabète	+	+
	Malabsorption, y compris les maladies inflammatoires intestinales	+	+
	Tuberculose	Rare	++
	Anorexie mentale	++	Rare
	Sida (syndrome d'immunodéficience acquise)	+	+++
Âge moyen	Atteintes malignes	++	++
	Diabète	++	+
	Hyperthyroïdie	+	+
	Malabsorption	+	+
	Cachexie cardiaque	+	+
	Hypoxie chronique	++	+
	Malnutrition et négligence	Rare	++
Âgé	Comme dans l'âge moyen		
	Cachexie sénile	++	++
	Malnutrition et négligence	++	++

Causes et symptômes du trouble

Dans le monde occidental, la malnutrition, bien que toujours présente, est beaucoup plus rare.

• PERTE DE POIDS CHEZ LE JEUNE

La malnutrition et les infections sont les premières causes de perte de poids et même de décès chez les enfants et les adolescents, ainsi que chez les nourrissons dans les pays sous-développés.

POINT PRATIQUE

La cause d'une perte de poids, quel que soit l'âge, est dominée par des facteurs géographiques, culturels et écologiques.

Dans le monde occidental, la perte de poids est un signe relativement rare des maladies, à l'exception des infections. La menace diffuse de l'infection au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) en Afrique centrale et en Extrême-Orient remet cette étiologie au premier rang des causes fréquentes de perte de poids chez l'enfant et le jeune adulte, et dans certaines parties d'Amérique du Nord, cette situation constitue un problème grave. De toutes les affections chroniques, la tuberculose est fréquente en Afrique, dans le sous-continent indien et en Chine. Dans le monde occidental, elle est plus rare.

L'anorexie mentale est une cause fréquente de perte de poids chez les adolescentes dans les pays développés. Contrairement à ce qu'on observe dans d'autres causes de perte de poids, la jeune fille avec un amaigrissement majeur est peu déprimée par son apparence cachectique et la dénie. Elle n'a pas l'air malade, au contraire, elle est pleine de vie et alerte. Comme dans d'autres maladies accompagnées d'une perte de poids, un lanugo duveteux peut se développer sur les épaules et le dos (Fig. 29.1).

Figure 29.1. Développement profus d'un lanugo doux et duveteux du dos et des épaules.

• PERTE DE POIDS CHEZ L'ADULTE

La perte de poids est le signe cardinal de nombreuses maladies générales. On retrouvera plus facilement sa cause après avoir défini le mécanisme de la perte de poids, et en se concentrant sur les maladies spécifiques qui peuvent être responsables. Après avoir éliminé la déshydratation, la perte de poids est due à une des atteintes suivantes:

- nutrition inadéquate ou indisponible;
- mauvaise nutrition due à l'anorexie;
- difficultés mécaniques pour avaler ou douleurs après les repas;
- malabsorption;
- maladie maligne;
- hypermétabolisme;
- insuffisance cardiaque sévère;
- état anoxique chronique.

Avec de nombreuses maladies, plusieurs facteurs peuvent interagir ensemble (Point de révision 29.2).

POINT DE RÉVISION **29.2**

Interactions

Maladie	*Nutrition inadéquate ou indisponible*	*Difficultés à se nourrir*	*Anorexie*	*Malabsorption*	*Hypermétabolisme*
Malnutrition, manies nutritionnelles, diètes amincissantes, abus familiaux.	**+++**				
Difficultés mécaniques à avaler, par exemple paralysie pseudo-bulbaire.		**+++**			
Obstruction maligne à la déglutition, par exemple carcinome de l'œsophage ou de l'estomac.		**+++**	**++**	**–**	
Maladies cœliaques, de Crohn.	**–**	**–**	**+**	**+++**	
Atteintes malignes.	**–**	*****	**+++**	******	**+**
Diabète, hyperthyroïdie.	**–**	**–**			**+++**
Infections chroniques.	**–**	**–**	**+++**		
Cachexie cardiaque, hypoxie chronique.	**–**	**++**	**+++**	**+**	
États métaboliques, par exemple urémie, hypercalcémie			**+++**		

* Sauf pour les atteintes malignes du tractus gastro-intestinal haut. ** Sauf pour les atteintes malignes de l'intestin grêle.

30

Jambes gonflées

Les jambes gonflées, ou œdème périphérique, surviennent lorsqu'une quantité excessive de liquide tissulaire est redistribuée sous l'influence de la gravité. L'œdème peut temporairement prendre le godet (c'est-à-dire garder l'empreinte du doigt) mais un œdème qui perdure devient dur en raison de la fibrose qui l'accompagne. L'œdème peut être généralisé, resserrant les bagues, rendant les habits trop étroits et le visage bouffi.

• LE PATIENT EST-IL MALADE?

Un œdème sévère est habituellement pathologique et provoque un gonflement tout d'abord des chevilles, puis des deux jambes; il est suivi d'une distension abdominale ou ascite, d'un gonflement sacré, génital, des membres supérieurs, et parfois d'épanchement pleural ou péricardique. De tels œdèmes macroscopiques sont le signe d'une atteinte sévère qui n'engage toutefois pas immédiatement le pronostic vital.
Un simple œdème « modéré » des chevilles peut accroître le poids d'environ 4 kg.

• EST-CE GRAVE?

Isolé, un œdème bilatéral des chevilles n'est habituellement pas grave et n'est pas forcément le signe d'une « maladie ». Par exemple, n'importe qui peut présenter un œdème du dos du pied et des chevilles après être resté assis pendant de longues heures, au cours d'un vol longue distance. Dans les mêmes circonstances, l'œdème *d'un* mollet suggère une thrombose veineuse profonde, et un risque de maladie thromboembolique existe, engageant potentiellement le pronostic vital.

• QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

Un gonflement généralisé indique toujours un excédent de sodium et d'eau. À l'origine, on retrouvera une insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique.

• QUELQUES CAUSES MOINS FRÉQUENTES MAIS TOUJOURS IMPORTANTES (Fig. 30л)

Certaines femmes d'âge moyen et âgées présentent un œdème de gravité variable, aggravé par la station debout, et pour lequel aucune cause ne sera retrouvée (œdème idiopathique).

POINT PRATIQUE

L'équilibre hydrique est difficile à évaluer cliniquement, et la mesure du poids est la meilleure manière à court terme. Une langue sèche ne signifie pas forcément une déshydratation, la respiration par la bouche étant fréquente. Un œdème sacré et des membres inférieurs ne signifient pas obligatoirement un excès de liquide.

Un œdème chronique, piqueté, accompagné d'une pigmentation oriente vers une insuffisance veineuse chronique (mais bénigne). Un gonflement bilatéral macroscopique est habituel dans le lymphœdème congénital. Les maladies gastro-intestinales peuvent provoquer un œdème d'hypoprotidémie par malabsorption et/ou une perte de protéines par entéropathie.
Les changements de poids associés aux cycles menstruels provoquent un gonflement abdominal et une irritabilité.

Figure 30.1. Étapes diagnostiques de l'examen clinique de routine chez un patient qui présente des œdèmes des jambes sans cause évidente.

L'obstruction lymphatique des maladies malignes provoque un œdème dur qui n'est pas « piqué » en raison de sa haute teneur en protéines.

• GROUPES À RISQUES

Un gonflement transitoire modéré peut survenir:

• après une période de relative immobilité, comme un voyage prolongé en bus ou en avion, avec l'impression d'avoir porté des « chaussures trop étroites »;

• chez les personnes âgées en bonne santé par ailleurs, dont l'œdème évolue au cours de la journée et disparaît pendant la nuit;

• au cours de la grossesse;

• après ablation d'un plâtre pour le traitement d'une fracture de jambe;

• après une période de repos prolongé au lit.

• TROUVER LA CAUSE

Il est habituellement assez facile de trouver la cause d'un œdème. Il faut toujours le considérer comme pathologique jusqu'à exclusion des principales causes générales et locales.

Les symptômes et les signes d'accompagnement qu'il faut rechercher sont les suivants :

• chez les patients âgés et d'âge moyen, une dyspnée à l'effort et nocturne avec une augmen-

tation de la pression veineuse jugulaire oriente vers une insuffisance cardiaque;

- un ictère, vers une maladie hépatique avec œdème et hypoalbuminémie;

une fatigue et une pâleur, vers une insuffisance rénale;

- des veines variqueuses et une pigmentation, vers une insuffisance veineuse chronique;
- un œdème unilatéral et sensible d'une cheville, vers une thrombose veineuse profonde;
- des adénopathies palpables et/ou une masse abdominale, vers un lymphome ou un carcinome.

POINT PRATIQUE

Il n'y a pas de signe fiable qui permette le diagnostic d'une thrombose veineuse; la suspicion clinique, basée sur les antécédents, est un indicateur beaucoup plus fiable, mais un examen complémentaire orienté est habituellement nécessaire.

• QUE FAIRE ENSUITE?

Pour déterminer la cause d'un œdème, tout dépend des examens complémentaires à votre disposition. Les taux sanguins d'urée, d'électrolytes et d'albumine permettent d'identifier les atteintes rénales et hépatiques et sont facilement disponibles, comme l'échocardiographie pour évaluer la fonction ventriculaire. Une phlébographie ou, mieux, un doppler veineux est utile pour poser le diagnostic de thrombose veineuse. Les examens visant à confirmer la présence d'une tumeur maligne sont plus complexes et doivent être discutés avec des médecins plus expérimentés.

31

Douleurs articulaires

Beaucoup de situations rhumatologiques peuvent provoquer une inflammation des articulations, comme la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus érythémateux disséminé. Quand une articulation est touchée de façon isolée, le diagnostic le plus important à rechercher est une infection articulaire. Bien que l'urgence soit rarement de rigueur devant une maladie articulaire, un diagnostic et un traitement rapides sont essentiels lorsqu'elles surviennent. Une défaillance éventuelle peut conduire à une morbidité et une mortalité évitable (Point de révision 20.1).

• LE PATIENT EST-IL MALADE?

Un patient présentant des douleurs aiguës et un œdème sur les petites articulations dus à une polyarthrite périphérique symétrique est clairement handicapé, mais n'est habituellement pas malade. On recherchera des signes d'extension systémique comme une fièvre, des nausées, des vomissements et des tremblements.

• LA MALADIE EST-ELLE GRAVE?

Les signes graves d'atteinte articulaire se manifestent par des signes d'inflammation, une sensibilité extrême et une douleur au moindre mouvement. Suspectez toujours une atteinte grave lorsque:

- une seule articulation est touchée ;
- une articulation semble plus touchée que les autres chez un patient souffrant d'une maladie articulaire ;
- il existe des antécédents de lésions infectées comme un ongle incarné, un furoncle ou une lésion ulcérée;
- des signes généraux sont présents.

• QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

Un gonflement aigu d'une articulation isolée suit souvent un traumatisme, notamment les lésions dégénératives articulaires. La goutte provoque une grande douleur et touche habituellement les articulations portantes; les crises peuvent être modérées et restreintes, ou sévères et récidivantes. Une arthrite aiguë peut survenir chez des patients hémophiles. Une polyarthrite rhumatoïde peut se réveiller dans certaines articulations plus que dans d'autres. L'arthrite septique est le diagnostic le plus important à évoquer car, en l'absence de diagnostic et de traitement rapides, surviennent une destruction et une déformation sévère de l'articulation; le décès par septicémie a été rapporté.

• GROUPES À RISQUE

La goutte accompagne beaucoup de maladies et peut être provoquée par différents médicaments comme les diurétiques et les salicylés.
Voici le profil favorisant la survenue d'une arthrite septique:

- antécédents de maladies articulaires, particulièrement la polyarthrite rhumatoïde;
- les personnes âgées;
- les personnes chroniquement affaiblies;
- les personnes dont l'immunocompétence est défaillante, par exemple après un traitement par stéroïdiens.

Une infection peut également être inoculée par une injection intra-articulaire.

• TROUVER LA CAUSE

Le recueil des antécédents est essentiel, car de nombreuses arthropathies peuvent se manifester par des douleurs et un gonflement, symptômes associés à une maladie sous-jacente comme une maladie intestinale ou respiratoire. Recherchez des antécédents traumatiques ou des crises antérieures similaires dans la même articulation ou dans d'autres, ou la préexistence d'une maladie articulaire. On pratiquera des dosages sanguins de l'urée, de la VS, de la protéine C réactive et des hémocultures. La ponction articulaire est la manœuvre diagnostique la plus importante, mais elle doit être pratiquée par un praticien expérimenté. Vous devez contacter votre laboratoire et les avertir de l'arrivée des échantillons pour un examen direct et des cultures.

• QUE FAIRE ENSUITE?

Après avoir suspecté une arthrite septique, vous devrez rechercher l'aide des médecins plus expérimentés. Le drainage de l'articulation et le traitement antibiotique approprié sont essentiels. Une arthrite septique nécessite un traitement urgent. Tout délai peut provoquer des lésions irréparables, une destruction et une déformation des surfaces articulaires et, dans le pire des cas, une septicémie et le décès.

Palpitations

32

Des patients, souvent âgés, se plaignent souvent de « palpitations ». C'est un terme relativement vague, mais il est important de préciser ce que le patient veut dire. Les palpitations recouvrent toute une variété de symptômes:

- la perception de son battement cardiaque normal;
- la sensation d'étourdissement;
- un vertige;
- des battements cardiaques rapides;
- des coups dans la poitrine;
- des acouphènes dans les oreilles;
- un battement cardiaque irrégulier;
- la sensation de battements manquants;
- des battements forcés.

• LE PATIENT EST-IL MALADE?

La plupart des patients avec des palpitations ne sont pas malades. La plupart des symptômes ci-dessus sont bénins et sont simplement dus à une perception soudaine, inattendue et désagréable (mais transitoire) des battements cardiaques pendant des périodes de stress.

Les palpitations qui sont dues à une fréquence cardiaque inhabituellement rapide ou basse sont faciles à percevoir si elles sont présentes pendant que vous examinez le patient, mais peuvent être notoirement difficiles à identifier lorsqu'elles sont intermittentes, peu fréquentes ou ne durent que quelques minutes seulement.

Le patient sera très affecté si le changement de fréquence cardiaque s'accompagne d'une chute de la pression artérielle ou d'un oedème pulmonaire. Les personnes âgées ou les patients souffrant d'une maladie valvulaire cardiaque ou d'une cardiopathie coronarienne sont particulièrement exposés. Un bloc de conduction chronique ou une fibrillation auriculaire avec une fréquence ventriculaire contrôlée peuvent être remarquablement bien tolérés.

• LA MALADIE EST-ELLE GRAVE?

Les palpitations pathologiques sont généralement dues à des fréquences cardiaques inhabituellement rapides ou lentes, parfois accompagnées de chute de pression. Les signes d'orientation vers une atteinte grave sont:

- des antécédents de chute;
- une sensation d'étourdissement;
- une syncope inexpliquée ou un précollapsus;
- des symptômes associés de dyspnée ou de douleurs thoraciques.

QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

La fibrose du tissu de conduction myocardique peut provoquer un bloc de conduction cardiaque, alors que l'ischémie myocardique peut déclencher une fibrillation atriale ou une arythmie ventriculaire maligne. Une fréquence cardiaque anormalement élevée (ou *tachyarythmie)* donne un pouls à peine palpable, alors qu'une fréquence cardiaque anormalement basse le rend lourd et forcé.

Les extrasystoles ventriculaires sont plus fréquentes avec l'âge. La pause qui suit une extrasystole accroît le temps de remplissage ventriculaire et provoque un pouls plus marqué.

Une thyroïde hyperactive peut provoquer un pouls rapide, comme le fait une insuffisance ventriculaire gauche, un stress, une anxiété, une fièvre et une consommation excessive de nicotine ou de caféine.

Causes et symptômes du trouble

La bradycardie peut être causée par une intoxication à la digoxine, une hypothyroïdie et une hypothermie.

• QUELQUES CAUSES MOINS FRÉQUENTES MAIS TOUJOURS IMPORTANTES

L'hypertension intracrânienne, la myocardite et les troubles électrolytiques (en particulier l'hypokaliémie et l'hypomagnésemie) déclenchent parfois des modifications notables de la fréquence cardiaque.

• GROUPES À RISQUES

Les personnes âgées et les patients atteints de maladies cardiaques valvulaires ou coronariennes sont particulièrement exposés à des épisodes de « palpitations ». Celles qui sont stressées pour des raisons sociales ou professionnelles rapportent plus souvent des palpitations que les autres. Certaines personnes sont conscientes de leurs battements cardiaques lorsqu'elles s'assoient tranquillement ou lorsqu'elles vont au lit.

• TROUVER LA CAUSE

Vous devrez coller au plus près de la description que votre patient fait des palpitations. Est-ce que le cœur bat plus vite ou plus lentement? Vous pourrez apprendre à votre patient à prendre son pouls pendant les événements.

Si le patient a noté un rythme cardiaque inhabituel, suggérez-lui de le frapper sur la table. Un rythme chaotique est probablement une fibrillation auriculaire, un rythme lent, un bloc.

Demandez comment les changements de pulsation se modifient. La tachycardie sinusale apparaît et décroît graduellement, alors que la tachycardie ventriculaire pathologique ou supraventriculaire débute de manière brutale, comme un interrupteur.

Demandez ce qui semble provoquer la crise. L'anxiété, la nervosité, l'émotion, l'excitation sont des stimulants puissants.

Une fréquence supérieure à 150 par minute oriente vers un rythme autre qu'une tachycardie sinusale, en particulier lorsqu'elle s'accompagne de symptômes d'étourdissements ou de présyncope.

• QUE FAIRE ENSUITE?

Il est important d'essayer de corréler les symptômes du patient avec certaines anomalies de l'électrocardiogramme, ou avec un enregistrement de 24 heures. Plusieurs enregistrements peuvent être nécessaires. Si les symptômes sont rares, le patient peut déclencher l'enregistrement par un dispositif électronique au moment des épisodes de palpitations.

Lorsque le rythme anormal a été identifié, vous devrez faire d'autres examens complémentaires, à la recherche de la cause sous-jacente et du traitement approprié: un pacemaker, la suppression d'une arythmie potentiellement létale, le traitement d'une maladie thyroïdienne.

Les patients qui sont conscients d'un battement cardiaque normal doivent être tout simplement rassurés.

POINT DE RÉVISION 32.1

Résumé : certaines causes de « palpitations »

Maladie cardiaque: ischémie, cardiomyopathie dilatée, maladie valvulaire, insuffisance cardiaque.

Excès de caféine : thé, café et de nombreuses boissons gazeuses contenant des quantités significatives de caféine. Réduire les quantités consommées ou opter pour des boissons décaféinées peut être une stratégie très efficace.

L'anémie provoque un état « hyperéjection ». L'altitude provoque un effet similaire.

Manque de forme: un effort inhabituel ou inaccoutumé peut attirer l'attention sur une accélération rapide de la fréquence cardiaque.

Anxiété : recherchez des signes associés (tremblement des lèvres et des doigts, hyperventilation, boule dans la gorge).

Médicaments : particulièrement les médicaments cardioactifs comme les bêtabloquants et les bloqueurs des canaux calciques. N'oubliez pas que les gouttes oculaires sont absorbées dans la circulation générale et provoquent une bradycardie sévère. Les médicaments vasoactifs comme la nifedipine (pour traiter l'angor et l'hypertension) provoquent une tachycardie réflexe lorsqu'ils ne sont pas associés à un bêtabloquant.

Les maladies thyroïdiennes, hypo ou hyper, provoquent des modifications marquées de la fréquence cardiaque. L'hyperthyroïdie est une des causes de la fibrillation auriculaire.

Malaise

Il est important de déterminer ce que le patient entend par ce terme vague. Des sensations très différentes sont décrites comme des malaises:

- la sensation d'être instable à la marche ou à la station debout;
- la sensation que le patient ou son environnement bouge;
- la sensation d'étourdissement à l'effort, à la marche, en se levant ou en se penchant, lors d'une toux ou d'une miction;
- l'angoisse de perdre connaissance;
- un cœur qui bat très vite;
- des étourdissements déclenchés par une odeur ou une vision déplaisantes.

Il vous faudra distinguer entre:

- des vertiges. Votre patient a le sentiment que le monde tourne ou qu'il tourne lui-même dans son environnement; ils peuvent être associés à des nausées et des vomissements;
- des étourdissements;
- une sensation imminente de perte de connaissance.

• LE PATIENT EST-IL MALADE? LA MALADIE EST-ELLE GRAVE?

Un malaise n'engage habituellement pas le pronostic vital, bien qu'il puisse affecter notablement la qualité de vie et les activités quotidiennes. Les signes d'alerte d'une atteinte potentiellement grave sont :

- la présence d'une maladie vasculaire, d'une atteinte coronarienne ou d'une arythmie;
- une atteinte du tronc cérébral: vision double et déficit musculaire, en particulier des muscles de la parole (dysarthrie);
- une atteinte de l'appareil cochléaire: surdité et vertige.

• QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

Presque chacun d'entre nous a fait l'expérience de la cause la plus fréquente: une station debout prolongée dans un environnement chaud, ou un lever brutal d'une position couchée ou assise. Des sensations d'instabilité sont également fréquentes dans le mal du voyage.

Avec l'âge, *l'arthrose cervicale* exerce des compressions osseuses sur la vascularisation cérébrale. Les vaisseaux peuvent être pinces lors de la rotation de la tête ou de l'extension du cou.

L'atteinte du système autonome d'origine diabétique, dans la maladie de Parkinson ou au cours d'un traitement anti-hypertenseur, empêche l'élévation normale de la pression artérielle lors du changement de position, provoquant une *hypotension orthostatique* {*cf.* chapitre 14).

Des infections virales peuvent provoquer une *neuronite vestibulaire.*

Les malaises peuvent être aggravés par des changements de position de la tête (vertige positionne! bénin).

Un épisode isolé de malaise avec surdité de perception peut être dû à une labyrinthite avec nausées, vomissements, prostration et nystagmus manifeste.

• QUELQUES CAUSES PLUS RARES MAIS TOUJOURS IMPORTANTES

Des malaises peuvent accompagner des atteintes neurologiques, comme l'infarctus du

tronc cérébral, la sclérose en plaques, les lésions de la fosse postérieure, le neurinome de l'acoustique ou les atteintes cérébelleuses.
Ils sont très handicapants mais relativement rares.
Ces sensations de malaise, aggravées par la fermeture des yeux, sont habituellement dues à des lésions des cordons postérieurs de la moelle.
Des épisodes récidivants de vertige intense avec une aggravation de la surdité de perception orientent vers une maladie de Ménière, qui peut être très handicapante.

• GROUPES À RISQUES

En raison du très grand nombre de maladies qui peuvent provoquer des malaises, très peu de personnes peuvent être considérées comme ayant un risque particulier: celles affectées par une maladie vasculaire, traitées par un médicament anti-hypertenseur ou âgées.

• TROUVER LA CAUSE

Un véritable vertige peut provenir de deux types de lésions:
• des lésions centrales dues à une atteinte cérébelleuse ou du tronc cérébral. Vous découvrirez alors des signes spécifiques, par exemple des difficultés à articuler (dysarthrie) ou à déglutir (dysphagie), une vision trouble ou double (diplopie) et une paralysie de nerfs crâniens;
• des lésions périphériques du VIII° nerf crânien ou du labyrinthe lui-même. Elles sont souvent associées à la perception de bourdonnements ou de tintements dans les oreilles (acouphènes), à un nystagmus et à une perte auditive.

Si les symptômes évoquent une perte imminente de la conscience, recherchez des troubles de la fréquence ou du rythme cardiaques, et une hypotension orthostatique en mesurant la pression artérielle en position assise et debout. Le collapsus d'origine cardiaque est habituellement bref. Un trouble de conscience plus prolongé lors d'une asystolie ou d'une arythmie ventriculaire peut être fatal si les troubles du rythme ne se résolvent pas rapidement. Un collapsus à l'effort peut être dû à une maladie valvulaire cardiaque ou à un trouble du rythme. Une syncope à l'exercice est le plus souvent due à une stase veineuse.

• QUE FAIRE ENSUITE?

Malgré de nombreux examens complémentaires, aucun diagnostic ne sera posé pour plus de la moitié des patients se plaignant de malaises. Heureusement, alors que la gène est importante, la mortalité est généralement très basse. Il est utile de savoir que répéter des examens complémentaires précédemment normaux n'aide que rarement à établir un diagnostic.

POINT DE RÉVISION **33.1**

Quelques causes de malaise

Atteintes neurologiques	Ataxie cérébelleuse, sclérose en plaques, atteinte cordonale postérieure, infarctus du tronc cérébral, lésion de la fosse postérieure, neurinome de l'acoustique
Associés avec une infection virale présumée	Neuronite vestibulaire
Mal des voyages	
Atteinte dégénérative	Cervicarthrose
Vertige rotatoire véritable	*Périphérique* : acouphènes, nystagmus, perte auditive par lésion du VIII° nerf crânien *Central:* troubles du langage, de la déglutition et de la vision
Associé à un changement de position de la tête	Vertige positionnel bénin
Maladies cardiovasculaires	Syncope ou présyncope par une fréquence ou un rythme anormaux, une hypotension artérielle ou une chute de la fraction d'éjection ventriculaire

34

Collapsus

Un collapsus est une cause fréquente d'admission en urgence. Les étiologies sont nombreuses et réparties sur presque tous les appareils {*cf.* chapitre 15).

• LE PATIENT EST-IL MALADE?

La gravité est la règle dans presque tous les cas de cas de collapsus, et les patients auront presque tous une maladie causale. Il y a quelques exceptions :

- un évanouissement à la chaleur;
- un évanouissement à une vue déplaisante;
- une stase veineuse après l'effort;
- un évanouissement à la miction (syncope mictionnelle) ou à la toux (syncope à la toux);
- une hypersensibilité carotidienne.

• LA MALADIE EST-ELLE GRAVE?

Toutes les causes de trouble de la conscience engagent le pronostic vital. Les plus graves sont:

la plupart des troubles du rythme (surtout pendant un infarctus du myocarde) ;

- toute lésion cardiaque comme une sténose aortique ou une cardiomyopathie hypertrophique;
- une hypoglycémie et hyperglycémie;
- une lésion intracrânienne majeure;
- une spoliation sanguine massive.

QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

Les causes les plus fréquentes de troubles de la conscience nécessitant une hospitalisation en urgence sont les intoxications (y compris alcoolique), les lésions intracrâniennes (AVC, traumatisme crânien et hémorragie sous-arachnoïdienne), l'épilepsie et l'hypotension d'origine cardiaque.

• QUELQUES CAUSES MOINS FRÉQUENTES MAIS TOUJOURS IMPORTANTES

Peuvent être fatals : une méningite et une encéphalite, une septicémie, une spoliation sanguine massive, un choc anaphylactique, une hypothermie, une hypo- et hyperglycémie et une hypothyroïdie. Les troubles électrolytiques, souvent iatrogènes, peuvent provoquer une confusion extrême et des troubles de la conscience. Chez les patients de retour d'un voyage lointain, le paludisme peut se présenter sous la forme d'une prostration ou d'un collapsus.

• GROUPES À RISQUE

Les patients à risque particulier sont ceux ayant des antécédents d'épilepsie et de maladies cardiovasculaires ou cérébro-vasculaires. Les patients aux problèmes médicaux multiples sont souvent polymédicamentés, ce qui les met sous la menace permanente d'interactions médicamenteuses inconnues ou d'un surdosage.
Un traumatisme ou un voyage récent augmente le risque d'un collapsus inexpliqué.

• TROUVER LA CAUSE

Il est très important d'établir la cause, mais la priorité est toujours donnée au contrôle des voies

aériennes, respiratoires et circulatoires; à la réanimation si nécessaire, pour traiter les problèmes urgents; et au recueil de toutes les informations possibles, quelles que soient les sources, pour aider à établir la cause sous-jacente. Vous devrez rechercher:

- les antécédents médicaux (surtout l'épilepsie, les maladies cardio- et cérébro-vasculaires ou les intoxications médicamenteuses) et chirurgicaux;
- le traitement en cours;
- une toxicomanie;
- un traumatisme ou un voyage récent.

Vérifiez que le patient ne porte pas sur lui une « Medi-Alert card* ».

Déshabillez complètement le patient, recherchez des signes de traumatisme cervico-céphalique et examinez les pupilles. S'il y a un myosis, administrez de la naloxone pour antagoniser une overdose aux narcotiques. Contrôlez les signes vitaux, recherchez une raideur de nuque et établissez le score sur l'échelle de Glasgow. Recherchez des traces d'injection.

Réalisez un électrocardiogramme (ECC) et traitez toute arythmie.

Faites des prises de sang pour une numération formule sanguine, électrolytes, glucose, fonctions hépatiques, amylases et toxicologie urgente. Faites les tests de compatibilité sanguine et administrez des fluides intraveineux si vous suspectez une perte sanguine.

• QUE FAIRE ENSUITE?

Beaucoup de patients n'auront aucun signe évident de lésion. Après avoir traité tout problème engageant le pronostic vital immédiat et assisté les fonctions vitales quand cela a été nécessaire, vous devrez concentrer votre attention sur la cause sous-jacente et réévaluer régulièrement votre diagnostic, la pertinence de votre prise en charge et l'amélioration de votre patient.

POINT DE RÉVISION **34.1**

Quelques causes de collapsus conduisant à des troubles de la conscience

Fréquentes	*Moins fréquentes*
Intoxication (alcool compris)	Méningite et encéphalite
Hypoglycémie	Insuffisance hépatique ou rénale
Lésions intracrâniennes: AVC, hémorragie sous-arachnoïdienne, traumatisme cérébral	Septicémie
Phase post-critique d'une crise d'épilepsie	Hyperglycémie
Causes cardiaques: arythmie ou infarctus	Hypothermie
Insuffisance respiratoire	Hématome sous-dural Perte sanguine importante Paludisme sous les tropiques

* *Cf.* la note du traducteur [NdT], page 111.

Rectorragie (saignement digestif bas) 35

La cause d'un saignement chez un adulte peut habituellement être retrouvée en étudiant attentivement les antécédents et en effectuant un examen clinique complet, incluant un examen rectal et une sigmoïdoscopie.

LE SAIGNEMENT EST-IL GRAVE?

Les maladies courantes surviennent fréquemment, et l'hémorroïde est de loin la cause la plus probable de rectorragie. Toutefois, une des plus grandes erreurs que vous pourriez faire serait de leur attribuer tout saignement rectal avant d'avoir réalisé un examen clinique complet et des examens complémentaires.
Les hémorroïdes peuvent saigner à tout âge de la vie, mais elles le font plus fréquemment chez les patients :

- en fin de grossesse ;
- avec une hypertension portale;
- avec de grandes masses pelviennes.

Le saignement est associé à la défécation, en particulier lorsque le patient est constipé. Le sang est frais, de couleur veineuse (foncé) et n'est pas mélangé aux selles. Voici d'autres signes diagnostiques:

- le sang a éclaboussé la cuvette après défécation;
- on notera la présence de sang sur le papier toilette à l'essuyage;
- le patient aura perçu une boule à l'anus lorsque les hémorroïdes sont plus importantes (Point de révision 6.13).

Carcinomes rectaux

Ils se présentent souvent par une rectorragie. Un diagnostic précoce est essentiel, car ils peuvent être traités chirurgicalement. Les patients sont souvent d'âge moyen ou âgés. Il existe quelques signes importants qui différencient les carcinomes rectaux des hémorroïdes. Les symptômes d'alerte attirant votre attention sur le fait que vous n'êtes pas en présence de simples hémorroïdes sont :

- le saignement n'est habituellement pas profus mais le sang est mélangé aux selles;
- les selles contiennent du mucus;
- le patient se plaint de faux besoins et d'une vidange incomplète du rectum après défécation;
- les douleurs périnéales ou ténesmes sont fréquentes;
- une diarrhée peut survenir (comme dans les carcinomes du côlon descendant et du côlon sigmoïde).

Polypes rectaux et coliques

Ils représentent une cause fréquente de saignement rectal sans troubles intestinaux associés. Recherchez toujours la présence de polype chez les autres membres de la famille, car il existe un syndrome de polypose familiale (rare).

Diverticulite

Cette situation fréquente, rarement reconnue comme une cause de rectorragie, se présente habituellement avec une douleur de la fosse iliaque gauche, une constipation et une douleur abdominale aiguë. Lorsqu'elle existe, la rectorra-

gie est souvent profuse, fraîche et inattendue. Le saignement peut être important et associé à un choc.

Colite ischémique et angiodysplasie

La colite ischémique est habituellement située à l'angle colique gauche et l'angiodysplasie au niveau du caecum. Ce sont des causes relativement rares de saignement rectal.

Diarrhée infectieuse

En pratique médicale, les diarrhées aiguës et chroniques sont souvent associées à un saignement rectal, bien que la diarrhée domine le tableau clinique. La salmonellose, la shigellose et l'amibiase sont le plus souvent associées avec de la fièvre, des douleurs abdominales, une anorexie, des vomissements et un malaise. Si vous suspectez une diarrhée infectieuse, vous devez interroger la famille, les amis et les collègues, qui peuvent avoir été touchés également; demandez aussi si le patient a voyagé récemment. Des antibiotiques peuvent provoquer une colique pseudo-membraneuse.

Maladies intestinales chroniques inflammatoires

Le saignement est souvent associé aux diarrhées des maladies chroniques inflammatoires intestinales, comme la rectocolite ulcéro-hémorragique et la maladie de Crohn *(cf.* chapitre 36).

• LE SAIGNEMENT PEUT-IL PROVENIR DU HAUT APPAREIL DIGESTIF?

Le sang provenant de lésion du tractus intestinal haut (comme l'œsophage, l'estomac et le duodénum) est noir et collant, et a la consistance du goudron (méléna). C'est le résultat d'une transformation du sang par les acides gastriques et les enzymes intestinaux. Le traitement par le fer et les sels de bismuth (parfois utilisées pour traiter les ulcères) provoque également des selles noires. Recherchez les attentivement dans les antécédents.

• QUE RECHERCHER CHEZ UN PATIENT QUI SE PLAINT DE RECTORRAGIE ?

Lors de l'examen général :

- Assurez-vous que votre patient n'est pas anémique en dosant le taux d'hémoglobine;
- Recherchez une perte de poids et des signes de déshydratation chez des patients souffrant de spoliation sanguine massive et ancienne ainsi que des signes associés qui peuvent suggérer une cause grave.

Lors de l'examen de l'abdomen, recherchez attentivement ces signes :

- une hépatomégalie;
- des masses abdominales;
- des adénopathies inguinales. Une tumeur rectale peut se disséminer dans les lymphatiques du canal anal et dans les fosses ischio-rectales;
- des hémorroïdes de grade II ou III;
- une fissure anale;
- un carcinome anal ;
- des fistules suggérant une atteinte anale de la maladie de Crohn (Fig. 35.1).

Vous devez, en routine, réaliser un examen rectal en recherchant:

- un carcinome rectal: 90 % des cancers rectaux sont palpables à l'examen rectal ;
- des polypes rectaux;
- des sténoses suggérant une atteinte rectale de la maladie de Crohn.

Figure 35.1. Fistules d'une maladie de Crohn anale. Noter les biopsies récentes.

Finalement, vous devrez réaliser une rectoscopie pour:

- diagnostiquer des hémorroïdes de grade I. Elles ne peuvent pas être diagnostiquées à la palpation ;
- visualiser des polypes rectaux ou des carcinomes;
- visualiser et effectuer une biopsie de la muqueuse rectale dans le cas de maladies inflammatoires chroniques.

La sigmoïdoscopie est une technique utile que vous devrez apprendre à la première occasion, et qui est essentielle aux investigations ultérieures.

POINT DE RÉVISION **35.1**

Causes de rectorragies

Maladie	Caractéres du saignement rectal
Hémorroïdes	Sang frais à la défécation, non mélangé aux selles, souillant souvent la cuvette
Carcinome rectal	Selles striées de sang et de mucus, sensation de vidange incomplète du rectum, modifications du transit
Diverticulite	Saignements souvent profus et imprévisibles
Polypes rectaux.	Saignements intermittents sans autre symptôme
Maladies intestinales chroniques inflammatoires	Habituellement associées à des diarrhées

36 Modifications du transit intestinal

DIARRHÉES

Ce terme est employé pour illustrer une augmentation :

- de la fréquence des selles ;
- du volume des selles, avec un changement vers une consistance plus molle ou liquide.

Il existe de nombreux diagnostics écologiques mais habituellement, l'interrogatoire, en particulier concernant le début de la diarrhée, limite rapidement la liste (Point de révision 36.1). Cette classification grossière vous servira à initier l'interrogatoire, qui sera ensuite focalisé sur les causes les plus vraisemblables.

• DIARRHÉES À DÉBUT BRUTAL

Une diarrhée soudaine est presque toujours due à une infection ou une toxine ingérée; il est indispensable de s'enquérir des autres membres de la famille, d'amis ou de collègues de travail qui ont pris le même repas et qui peuvent également être atteints. Les intoxications alimentaires ont une incidence croissante et alarmante en France. Les aliments les plus souvent impliqués sont:

- des viandes cuites;
- des produits périssables;
- des repas de type « fast food » mal cuits ;
- des plats réchauffés.

Un voyage lointain, en particulier dans les tropiques, doit attirer l'attention, et une proportion significative des infections intestinales bactériologiquement prouvées en France est importée de l'étranger par le tourisme ou les voyages d'affaires.

Les symptômes les plus fréquents sont une anorexie, des vomissements, des crampes abdominales douloureuses, des douleurs des membres et des étourdissements au lever. Observez vous-même les selles, car on peut apprendre beaucoup des gaz les accompagnant. Les aspects caractéristiques des selles dans les diarrhées intestinales ou colorectales sont présentés dans le Point de révision 36.2.

POINT DE RÉVISION **36.1**

Causes de diarrhées selon leur début

Début soudain	Infections ou toxines
Après la prise de médicaments ou un traitement inhabituel (jours)	Antibiotiques, traitement martial
Avec des modifications du style de vie (jours à plusieurs mois)	Régime à haute teneur en fibres, stress, anxiété
Après une chirurgie (jours)	Post-gastrectomie, résection intestinale
Débuts subaigus ou chroniques, souvent avec perte de poids, douleurs abdominales ou mucus au rectum (semaines ou mois)	Maladie intestinale chronique inflammatoire, carcinomes colique ou rectal, syndromes de malabsorption, maladie pancréatique
Chez des patients fragiles et fatigués	Diarrhées spurieuses

POINT DE RÉVISION **36.2**

Apparences caractéristiques des selles au cours de diarrhées intestinales et colorectales

Apparences de selles	*Microscopie des matières fécales*	*Agents infectieux*
Selles abondantes et aqueuses (secrétoires) (intestin grêle)	(Vibrion cholérique)	*Vibrio cholerae** *Escherichia Coli* (entérotoxine) *Campylobacter jejuni.* Salmonelles *Clostridium perfringens* *Staphylococcus aureus*
Abondantes, pâles et épaisses (malabsorption) (intestin grêle)	Globules graisseux	*Giardia lamblia* Strongyloides stercoral* Sprue tropicale
Mêlées à du sang et du mucus (invasives) (colorectal)	Pus et sang	*Entamoeba histolytica** *Yersinia enterolytica** *Campylobacter jejuni* *Clostridium* difficile *Shigellae** *Escherichia Coli* entero-invasif.

* Surtout d'origine tropicale.

• DIARRHÉES IATROGÈNES ET CHANGEMENTS DIÉTÉTIQUES

Beaucoup de patients font une diarrhée lorsqu'ils prennent des médicaments, surtout des antibiotiques. Certains d'entre eux comme la clindamycine peuvent provoquer une colite pseudo-membraneuse. N'oubliez pas la possibilité de purges abusives et non avouées, car les laxatifs sont en vente libre. Des changements de régime, surtout à haute teneur en fibres, provoquent des diarrhées « venteuses » avec un ballonnement abdominal.

• DIARRHÉES PLUS GRAVES À DÉBUT SUBAIGU OU CHRONIQUE

Ce type de diarrhées est de diagnostic plus difficile. En pratique, vous pourrez faire le diagnostic à partir des symptômes associés.

Diarrhées avec sang et mucus

Il faut évoquer:

• les maladies inflammatoires intestinales chroniques. Les selles de la rectocolite ulcéro-hémorragique sont plus hémorragiques que celles de la maladie de Crohn. Les atteintes anales n'existent que dans la maladie de Crohn. Pensez-y lorsque vous découvrirez des hémorroïdes charnues et grasses ;

• un carcinome du rectum ou du côlon. Une sensation de vidange incomplète du rectum après défécation est virtuellement pathognomonique du cancer du rectum;

• la colite amibienne. Elle peut être difficile à différencier d'une rectocolite ulcéro-hémorragique dans les régions tempérées. Elle peut persister des années après le retour des tropiques;

• une proctocolite non spécifique. Son synonyme est le syndrome du « côlon homosexuel », résultant de pénétrations anales.

Diarrhées luisantes, abondantes, pâles et odorantes (stéatorrhées)

Vous devez évoquer:

• un carcinome pancréatique. Les selles sont souvent graisseuses, comme dans la pancréatite chronique. Les patients se plaignent souvent de douleurs abdominales violentes, irradiant vers le dos. Les tumeurs de la tête du pancréas provoquent un ictère obstructif avec une vésicule biliaire distendue et palpable;

Causes et symptômes du trouble

- une pancréatite chronique. Elle peut être difficile à distinguer d'un carcinome pancréatique mais son évolution est souvent récidivante;
- une maladie caeliaque. La diarrhée peut ne pas être le symptôme prédominant. Tous les groupes d'âge peuvent être touchés. Des syndromes comme une anémie par carence en folates peuvent dominer le tableau clinique chez l'adulte;
- une maladie de Crohn ou une tuberculose. L'atteinte de l'intestin grêle est diffuse dans les deux situations.

Selles fréquentes sans mucus

Cette situation est fréquente et peut être due à :

- une diarrhée nerveuse ou un syndrome du côlon irritable. Il se manifeste par un soudain accès d'activité survenant le matin, mais pas pendant la journée. Il peut être associé à des douleurs à type de ballonnement et de colique. La diarrhée ne survient jamais pendant la nuit;
- une hyperthyroïdie. Pensez-y lorsque votre patient est très nerveux et perd du poids. Des syndromes endocrinologiques rares comme le syndrome de Zonlliger-Ellison, le carcinome médullaire de la thyroïde ou le syndrome carcinoïde provoquent des diarrhées.

Pertes fécales avec mucus (diarrhées spurieuses ou sprue)

Des selles liquides qui contournent la masse d'un fécalome dans le rectum sont fréquentes chez des personnes âgées confuses, affaiblies et confinées au lit.

• INCONTINENCE ANALE

Parfois, l'incontinence anale aux fèces est mal interprétée par les patients mais surtout par les soignants qui les prennent pour une diarrhée. Voici quelques causes:

- fécalome;
- insuffisance périnéale musculaire ou par atteinte nerveuse ;
- démence et confusion.

POINT PRATIQUE

En absence de lésion locale neuromusculaire, l'incontinence fécale est le plus souvent liée à un fécalome ou à une atteinte cérébrale.

• CONSTIPATION

Beaucoup estiment être constipés car ils ne vont pas à la selle tous les matins; c'est une croyance du monde occidental. La normalité est variable. Pour certains, une selle tous les trois ou quatre jours est un rythme normal. La constipation peut être décrite plus précisément comme une l'émission forcée de petites selles dures.

• CONSTIPATION CHRONIQUE

Une constipation qui évolue depuis de nombreuses années est liée au mode de vie et aux habitudes alimentaires:

- importance de l'(in)activité;
- quantité de fibres ingérées;
- consommation de boissons;
- accès aux toilettes plus ou moins facile;
- état général plus ou moins atteint.

• CONSTIPATION DE SURVENUE RÉCENTE

Elle doit être prise au sérieux car une cause lésionnelle est possible. Certains autres signes pourront vous orienter vers l'étiologie patente (Point de révision 36.3).

• ALTERNANCE CONSTIPATION ET DIARRHÉE

Bien que beaucoup de livres insistent sur cette situation comme un signe de cancer du côlon, elle est très rare en pratique clinique.

POINT DE RÉVISION **36.3**

Situations responsables d'une constipation récente

Maladie	*Symptômes*
Plicatures du côlon descendant, sigmoïde ou du rectum, malignes ou bénignes	Douleurs abdominales croissantes de type colique, distension parfois saignement avec mucus
Hypothyroïdie	Fatigue, prise de poids, frilosité
Ingestion médicamenteuse	Antalgique comme la codéine, traitement martial
Dépression	Apathie, problèmes de concentration, insomnie
Douleurs à la défécation	Fissure anale

37

Hématémèse

Un vomissement de sang oriente vers un saignement provenant de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum. Le Point de révision 37.1 détaille les sites les plus fréquents de saignement intestinal chez les habitants en France.

• CAUSES PROBABLES

Les causes de saignement gastro-intestinal haut sont très différentes en dehors du Royaume-Uni, car elles sont surtout liées à la grande prévalence des atteintes hépatiques alcooliques en France, en Allemagne, en Italie et en Amérique du Nord. Plus de 50 % des hématémèses sont liées à une cirrhose ou une gastropathie alcoolique. Ailleurs, d'autres influences peuvent exister, comme une grande prévalence de l'ulcère gastrique dans certaines régions des Indes.

Les antécédents seront souvent des éléments précieux et clairs permettant le diagnostic écologique d'une hématémèse (Point de révision 37.1). De plus, des questions concernant le vomissement apporteront des informations déterminantes:

- un vomissement très profus et sans effort, contenant du sang relativement frais, est fréquent lors de la rupture de varices (Fig. 37.1 et 37.2) ;
- un vomissement torrentiel de sang rouge vif signe la rupture d'un anévrisme dans l'œsophage;
- des stries de sang survenant après des épisodes prolongés de vomissements répétés sont caractéristiques d'un syndrome de Mallory-Weiss ;
- un vomissement de sang frais suggère un saignement récent (ou en cours) ;

Figure 37.1. La rate est souvent palpable chez les patients avec une hypertension portale, mais habituellement pas aussi grande que dans ce cas. Des signes suggérant une atteinte hépatique chronique peuvent être présents.

Figure 37.2. Un vomissement profus est très banal lors du saignement de varices (vue endoscopique).

POINT DE RÉVISION **37.1**

Causes de saignement gastro-intestinal en France

Couse	*Fréquence en %*	*Antécédents principaux (voir aussi chapitre 6)*
Œsophagite/Hernie Hiatale	8	Antécédents de reflux acides, brûlures retro-sternales ou gêne à la déglutition
Saignement de Mallory-Weiss	2	Vomissements récidivants et forcés comme après une consommation abondante d'alcool, précédent un épisode d'hématémèse franche
Varices œsophagiennes	5-10	Antécédents anciens d'une importante consommation alcoolique, cirrhose connue
Érosions gastriques	10	Souvent pas de cause évidente, peuvent être dues à des médicaments ulcérogènes comme l'aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, stéroïdes
Ulcères gastriques chroniques	30	Antécédents de dyspepsie et de douleurs abdominales hautes récidivantes
Ulcères duodénaux chroniques	20	Antécédents de dyspepsie et de douleurs abdominales hautes récidivantes
Duodénite	5	Souvent, pas d'antécédents
Carcinome gastrique	5	Perte de poids, anorexie, dyspepsie, douleurs abdominales
Troubles de la crase sanguine et autres	20	

- un vomissement de sang transformé oriente vers un saignement peu abondant qui s'est déjà arrêté;
- un vomissement de sang frais avec un méléna suggère un saignement persistant et substantiel;
- de petites quantités de sang remanié avec des vomissements récidivants chez un patient anorexique peut faire penser à un carcinome gastrique (une hématémèse franche est rare dans cette maladie).

POINT PRATIQUE

Une voie centrale peut être nécessaire pour mesurer la pression veineuse centrale ou administrer des fluides ou du sang rapidement.

EXAMEN CLINIQUE

L'hématémèse est une urgence médicale nécessitant une hospitalisation.

Vous devez tout d'abord évaluer l'importance et les répercussions du saignement:

- pouls;
- tension artérielle couchée et assise si possible. Une chute de la tension artérielle avec modification posturale est un signe de perte sanguine abondante;
- signes cliniques d'anémie.

Observez le vomi, voyez si un méléna est présent et essayez d'évaluer la quantité de sang perdue. Rappelez-vous que vomir du sang est un événement dramatique et effrayant pour le patient et ses observateurs; la quantité perdue pourra être surestimée.

Puis, recherchez :

- des signes d'une tumeur gastrique qui mine l'état général ;
- des signes de maladie hépatique chronique: ictère, angiomes stellaires, hippocratisme digital, leuconychie et lésions palmaires;
- angiomes des lèvres et de la langue, comme dans la télangiectasie hémorragique héréditaire (syndrome de Rendu-Osler-Weber), qui peuvent affecter l'œsophage et saigner dans le tube digestif.

N'attendez pas beaucoup d'information de l'examen clinique de patients avec une hématémèse:

- dans beaucoup de cas, l'examen peut ne rien révéler;
- vous pourrez palper une masse épigastrique d'un carcinome de l'estomac;
- la rate peut être palpable chez des patients avec une hypertension portale (Fig. 37.1).

Faites un toucher rectal pour rechercher un méléna.

• QUE FAIRE ENSUITE?

Le diagnostic définitif est posé par un examen endoscopique du haut appareil digestif.

POINT DE RÉVISION **37.2**

Questions à poser à des patients avec une hématémèse

Que s'est-il passé avant?

Des douleurs abdominales?

Des antécédents de dyspepsie?

Des antécédents de maladie hépatique?

Avez-vous pris récemment des antalgiques, ou d'autres médicaments?

Hémoptysie

38

L'hémoptysie est un symptôme alarmant pour le patient, car il évoque le spectre de la tumeur, particulièrement chez les fumeurs. Après des examens complémentaires adaptés, beaucoup d'entre eux n'auront que des lésions bénignes.

La première chose à faire est d'estimer si l'hémoptysie est grave. Quelques indications simples de la gravité éventuelle d'une hémoptysie sont présentées dans le Point de révision 38.1, mais rappelez-vous qu'il ne s'agit que de points d'orientation et non pas de recommandations strictes.

POINT DE RÉVISION **38.1**

Signes d'orientation des étiologies graves et bénignes d'hémoptysie

Habituellement graves	*Habituellement peu graves*
Grande quantité de sang*	Traces ou épisode unique
Anciens fumeurs*	Non-fumeur
Chirurgie récente et/ou immobilité prolongée*	Actif
Spontanée ou récidivante	Infection respiratoire haute ou basse récente
Âge moyen ou grand âge	Jeune
Avec d'autres symptômes comme une perte de poids*	

* Requièrent des examens complémentaires et un traitement urgents.

• QUAND PRÉVOIR DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES URGENTS?

Alors que les patients avec une hématémèse et un méléna nécessitent une prise en charge urgente à l'hôpital, ce n'est pas forcément le cas avec l'hémoptysie.

Parmi les patients qui présentent une hémoptysie, il y a quatre situations nécessitant de toute urgence des examens complémentaires, une prise en charge et un traitement adapté. Ces situations d'urgence sont:

- des crachats d'une quantité abondante de sang. Cette quantité n'est pas strictement définie, mais à partir de 200 ml par 24 heures, le taux de mortalité est élevé;
- une hémoptysie chez un fumeur d'âge moyen ou âgé est due à une tumeur bronchique, jusqu'à preuve du contraire;
- une hémoptysie en postopératoire ou après une immobilité prolongée, en particulier si elle est associée à une pleurésie, a toutes les chances d'être une embolie pulmonaire et nécessite des examens complémentaires urgents;
- une hémoptysie associée à des symptômes systémiques.

• AUTRES CAUSES D'HÉMOPTYSIE

Après avoir évalué si votre patient hémoptysique nécessite ou non une prise en charge et des examens complémentaires urgents, votre tâche sera de poser un diagnostic précis en gardant en mémoire que, chez beaucoup de patients, on ne retrouvera aucune étiologie (Point de révision 38.2).

• QUE FAIRE ENSUITE?

La bronchoscopie est indiquée si le diagnostic est incertain, ou si les examens cliniques et l'imagerie sont négatifs alors qu'une cause grave reste possible.

Causes et symptômes du trouble

POINT DE RÉVISION **38.2**

Causes d'hémoptysie

Fréquence	*Maladie*	*Présentation clinique*
Commun	Infections respiratoires, particulièrement pneumonie	Signes d'infection respiratoire. Hémoptysie rarement abondante
	Dilatation des bronches	Récidivantes avec crachats abondants
	Embolie pulmonaire	Période post-opératoire ou alitée. Souvent associée avec une pleurésie avec infarctus d'un segment pulmonaire
	Tuberculose pulmonaire*	En phase active et inactive
	Carcinome bronchique	Souvent le premier signe de la maladie
	Traumatisme thoracique	Surtout en cas de fracture de côtes
Moins fréquents	Sténose mitrale*	Rare dans les pays développés, toujours fréquent en Inde, en Afrique et en Extrême Orient. Hémoptysies faibles et récidivantes
Rares	Tumeurs bénignes comme un adénome bronchique	Souvent le seul symptôme
	Malformations artério-veineuses	Souvent le seul symptôme
	Troubles de la erase	Signes de saignement anormal ailleurs
	Aspergillome	Signes de la maladie principale
	Vascularite pulmonaire	
	Corps étranger	Surtout chez les enfants

* Fréquent dans les pays en voie de développement.

Ictère

39

Un ictère peut être une affaire compliquée. Habituellement, le principal problème clinique est de savoir si l'ictère est dû à :

- une maladie du foie lui-même et la conséquence d'une hépatite ou d'une cirrhose;
- un défaut d'évacuation de la bile ou un ictère obstructif.

Les autres causes fréquentes, comme une hémolyse aiguë, posent rarement des problèmes diagnostiques car c'est l'anémie et non l'ictère qui domine le tableau clinique. Si vous notez une peau couleur citron, cette situation est caractéristique d'une hyperbilirubinémie non conjuguée, résultant d'une destruction massive de globules rouges. La présence d'ulcères aux membres inférieurs et d'une splénomégalie oriente vers une anémie hémolytique, en particulier vers une des hémoglobinopathies.
En sachant tout cela, le meilleur conseil que nous donnerions à des étudiants en médecine ou à des jeunes médecins, c'est de rester simple.

• RECUEILLEZ LES ANTÉCÉDENTS DE MANIÈRE DÉTAILLÉE

Chez la majorité des patients avec un ictère, vous serez surpris de pouvoir poser un diagnostic exact simplement à partir des antécédents.
Pour beaucoup de patients, la cause de l'ictère est liée à leur âge et à leurs habitudes de vie, comme le montre le Point de révision 39.1

• HÉPATITE INFECTIEUSE (Fig. 39.1)

Ici, la maladie principale oriente vers le diagnostic. Recherchez :

- une anorexie;
- une fièvre;
- un malaise;
- des douleurs dorsales;
- des douleurs abdominales supérieures depuis quelques jours;
- des urines foncées signes d'un ictère type cholestase;
- la durée de l'ictère (typiquement une ou deux semaines).

Souvent, la maladie peut durer pendant plusieurs semaines. Le retour de l'appétit annonce la récupération, qui s'étire sur plusieurs semaines, accompagnée d'une grande fatigue et d'un mauvais état général.

Hépatite A

L'hépatite A se propage en ingérant de la nourriture ou un breuvage contaminé: c'est la contamination oro-fécale. Des épidémies peuvent survenir en France mais la plupart des cas sont sporadiques, particulièrement chez les enfants et les jeunes adultes. Recherchez chez votre patient:

- un voyage dans des régions à l'hygiène incertaine, en particulier les régions subtropicales et tropicales, au cours des trois à six semaines précédentes ;
- des signes précurseurs depuis quelques jours.

La plupart des patients vont récupérer de manière satisfaisante. Vous pourrez rassurer votre patient et lui dire:

- que le pronostic est bon;
- qu'il n'y a pas de porteur sain;
- que l'hépatite chronique A n'existe pas;

Causes et symptômes du trouble

Figure 39.1. Que rechercher chez un adulte jeune avec un ictère aigu.

- que l'hépatite fulminante complique rarement une hépatite A.

Hépatite B

L'hépatite B se propage par le sang ou des liquides corporels contaminés. Vous devez suspecter une hépatite B chez un patient qui présente une hépatite infectieuse et qui appartient à un des groupes à risque présentés dans le Point de révision 39.1. Vous pourrez habituellement distinguer une hépatite B d'une hépatite A par:

- une période d'incubation plus longue, de six semaines à six mois (et parfois plus longue encore);
- les antécédents d'arthralgies et d'éruptions.

L'évolution clinique de la maladie est bien-plus variable d'une affection bénigne à l'atteinte fulminante, avec un taux de mortalité appréciable.

Hépatite C

L'atteinte aiguë est maintenant rarement observée après une transfusion sanguine, en raison

POINT DE RÉVISION **39.1**

Ictère, groupes à risque

Croupes ou populations à risque	*Maladie*
Enfants/adultes jeunes; voyageurs; mangeurs hasardeux; guides de vacances depuis la Méditerranée aux tropiques; contacts étroits	Hépatite A
Toxicomanes (intraveineux) ; promiscuité sexuelle ; homosexuels ; cicatrices d'injection à l'aiguille; professionnels de santé	Hépatite B
Quiconque a bénéficié d'une transfusion sanguine; toxicomanes (intraveineux)	Hépatite C
Patients du sous-continent Indien au contact d'infections transmises par l'eau	Hépatite E
Enfants et jeunes adultes	Mononucléose infectieuse. Cytomégalovirus
Barmans, hôteliers, population du monde des loisirs et des jeux	Hépatite alcoolique ou cirrhose
Femmes âgées ou d'âge moyen	Cirrhose biliaire primitive Hépatite chronique active
Patients traités par médicaments psychotropes, dopés pour accroître les performances sportives, médicaments pour une autre maladie principale	Ictère médicamenteuse.
Patients soumis à un risque d'accidents industriels	Ictère toxique
Ictère récidivant en fin de grossesse	Ictère de cholestase de la grossesse
Âge moyen ou avancé	Ictère obstructif dû à un carcinome pancréatique ou de la voie biliaire principale
Âge moyen et avancé (plus de femmes que d'hommes)	Calculs de la voie biliaire principale +/- angiocholite

de son dépistage systématique dans les produits dérivés du sang; elle survient après des injections intraveineuses de drogues, partout dans le monde.

Hépatite E

Cette maladie se dissémine par la voie oro-fécale, et elle est souvent difficile à différencier cliniquement d'une hépatite A autrement que par des dosages sérologiques. Toutefois, elle est souvent confinée au sous-continent indien.

• L'ICTÈRE, SYMPTÔME D'UNE AUTRE MALADIE

L'ictère peut être un signe clinique d'autres maladies infectieuses, comme la mononucléose infectieuse. Suspectez-la si vous retrouvez:

> une gorge rouge et sale;
> des adenopathies généralisées;
- des éruptions cutanées;
- une splénomégalie.

Intéressez-vous à la santé du partenaire de votre patient: les baisers sont une voie de contamination classique chez les adolescents.

POINT PRATIQUE

Le syndrome de Gilbert peut provoquer un ictère modéré intermittent chez les personnes en bonne santé. L'ictère s'aggrave lors d'une maladie intercurrente comme la grippe.

Les infections à cytomegalovirus et la toxoplasmose peuvent se présenter de manière similaire. Si votre patient a des activités de loisirs sur des canaux, des rivières ou des lacs, et qu'il présente une hématurie et une insuffisance rénale, pensez aux infections transmises par l'urine des rats comme la leptospirose ictéro-hémorragique.

Causes et symptômes du trouble

• ICTÈRE MÉDICAMENTEUX

Beaucoup de médicaments sont toxiques pour les hépatocytes. L'ictère peut être lié à la dose administrée (il survient invariablement après un surdosage de paracétamol) ou imprévisible, suite à la prise d'un simple comprimé pris des semaines auparavant. Ces réactions idiosyncrasiques conduiront à de réelles difficultés diagnostiques. Certains médicaments peuvent provoquer un ictère de manière imprévisible et sont présentés dans le Point de révision 39.2.

Suspectez un ictère médicamenteux lorsque :

- un patient âgé présente une atteinte de type hépatitique;
- il existe une relation claire entre la prise du médicament et les débuts de l'ictère (habituellement une à six semaines);
- lorsque le type d'ictère correspond à celui provoqué par ce médicament;
- il existe une urticaire associée.

POINT PRATIQUE

Un ictère peut être dû à une congestion hépatique par une insuffisance cardiaque.

POINT DE RÉVISION 39.2

Quelques médicaments susceptibles de provoquer des atteintes hépatiques imprévisibles

Halothane	Methyldopa
Chlorpromazine	Rifampicine
Co-trimoxazole	Amoxicilline
Phenelzine	Flucloxacilline

• MALADIES HÉPATIQUES CHRONIQUES

L'ictère est un signe relativement tardif des maladies chroniques hépatiques, apparaissant avec d'autres stigmates de ces atteintes comme :

- les angiomes stellaires;
- un érythème palmaire;
- un hippocratisme digital *(cf.* chapitre 2).

L'étiologie de l'atteinte hépatique chronique varie selon la région du monde; le Point de révision 39.3 présente le diagnostic qui peut être posé avant que les tests sérologiques et la biopsie hépatique ne le précisent.

On croit souvent que la cirrhose est le seul effet de l'intoxication alcoolique. Ceci n'est pas vrai. L'hépatite alcoolique aiguë (incluse dans le Point de révision 39.3 pour des raisons pratiques) et la stéatose hépatique sont d'autres complications fréquentes.

• ICTÈRE OBSTRUCTIF

Le diagnostic d'obstruction biliaire extra-hépatique est habituellement facile. Il touche le plus souvent des personnes âgées ou d'âge moyen.

La douleur est un symptôme important:

- un ictère non douloureux qui fonce progressivement (jusqu'à une couleur vert olive), accompagné d'urines foncées (qui contiennent de la bile) et de selles décolorées (sans bile), est habituellement dû à un carcinome de la tête du pancréas ou à un cholangiocarcinome;
- des calculs surviennent fréquemment chez les jeunes femmes. Un calcul qui s'enclave dans la voie biliaire principale provoque une colique hépatique très douloureuse.

La loi de Courvoisier suggère de manière relativement fiable que lorsque la vésicule biliaire est palpable, l'ictère est dû à un carcinome (Fig. 39.2). Le contraire n'est pas fiable, c'est-à-dire un ictère obstructif sans vésicule palpable (non dilatée) peut être dû à des calculs.

Un ictère obstructif provoque une dilatation des voies biliaires, bien visible à l'échographie. Si les voies biliaires ne sont pas dilatées, voici les possibilités:

- les voies biliaires n'ont pas eu le temps de se dilater;
- le patient est dans la phase de cholestase d'une hépatite infectieuse;
- c'est une réaction de cholestase médicamenteuse.

POINT DE RÉVISION **39.3**

Signes cliniques de la maladie hépatique chronique (MHC)

Maladie	*Distribution géographique*	*Signes cliniques orientant vers cette étiologie*
Cirrhose alcoolique	Amérique du Nord ; Europe ; large distribution dans le monde	Signes d'intoxication alcoolique avec un visage pléthorique, un faciès cushingoïde, un tremblement, une sudation abondante. Signes de cirrhose: le foie peut être atrophique, de taille normale ou excessive, splénomégalie, stigmates de MHC, ascites et œdème.
Hépatite alcoolique*	Comme ci-dessus	Peut être le résultat d'une « cuite ». Hépatomégalie sensible. Rate normale. Pas forcément de signes de MHC, sauf signes de cirrhose associée.
Stéatose hépatique alcoolique	Comme ci-dessus	Ictère rare. Importante hépatomégalie. Pas de splénomégalie. Pas forcément de signes de MHC, sauf signes de cirrhose associée.
Hépatite B chronique	Partout dans le monde mais fréquent sous les tropiques	Pas de signe spécifique sauf ceux de MHC.
Hépatite C chronique	Partout dans le monde	Pas de signe spécifique sauf ceux de MHC.
Cirrhose biliaire primitive	Europe Occidentale	Presque exclusivement des femmes âgées ou d'âge moyen. Prurit sévère. Marques de grattage. Pigmentation. Signes de MHC.
Hépatite chronique active	Europe et Amérique du Nord	Signes de MHC. Autres phénomènes auto-immuns.

* Pas exactement une maladie chronique hépatique.

Vésicule biliaire normale
Non palpable

Mucocèle de la vésicule
Calculs dans le collet
Voies non dilatées
Vésicule distendue et palpable

Carcinome de la tête du pancréas
Voies dilatées
Vésicule dilatée
Hépatomégalie homogène

Figure 39.2. Lorsque la vésicule est palpable, l'ictère est probablement dû à un carcinome.

40 Anémie et adénopathies

Il existe des maladies dans lequel le diagnostic final nécessite une numération formule sanguine et d'autres examens complémentaires hématologiques. Toutefois, le médecin qui observe un patient anémique pour la première fois doit être capable de poser un diagnostic réaliste à partir de l'examen clinique.

• SYMPTÔMES COMMUNS À TOUS LES PATIENTS ANÉMIQUES

Voici ceux qui sont simplement liés à un taux d'hémoglobine bas:

Fatigue. Ce symptôme non spécifique est principalement lié à la vitesse de chute du taux d'hémoglobine. Par exemple, une diminution sur plusieurs mois à 7 g/dl peut ne s'accompagner d'aucun symptôme, alors qu'une chute rapide en un jour ou deux à la suite d'un saignement peut provoquer une fatigue et une faiblesse sévères. Un taux d'hémoglobine léger, inférieur à 10 g/dl, provoque rarement des symptômes.

Pâleur. Certains patients et leur entourage peuvent noter une pâleur croissante.

Dyspnée (en absence de maladies cardiaque ou respiratoire). Notez qu'une anémie sévère peut provoquer une insuffisance cardiaque par chute de la post-charge.

Saignements et ecchymoses exagérés. Cette situation peut être présente dans les leucémies ou dans les troubles de la coagulation.

SYMPTÔMES LIÉS À LA CAUSE DE L'ANÉMIE

Hypertrophies ganglionnaires. Dans les lymphomes, elles peuvent être le symptôme principal.

Fièvre et transpiration. Surtout nocturnes, elles sont des signes de lymphome diffus.

Prurit. Sans éruption cutanée, ce signe doit orienter vers une maladie sous-jacente grave comme le lymphome.

Susceptibilité aux infections.

Douleurs. Des douleurs osseuses peuvent signifier une atteinte infiltrante de la moelle osseuse comme le myélome.

• SIGNES CLINIQUES À RECHERCHER CHEZ UN PATIENT ANÉMIQUE

Anémie

Le diagnostic clinique d'une anémie est difficile. La conjonctive d'une personnes âgée en bonne santé est souvent pâle, alors que dans l'anémie elle peut être rougie par des excès de frottements ou une conjonctivite. Pour diagnostiquer une anémie, vous devrez examiner le lit des ongles, les doigts et la langue. Ce n'est que lorsque le taux d'hémoglobine chute en dessous de 7 ou 8 g/dl que l'anémie peut être diagnostiquée de manière assurée sur des bases cliniques. Vous pourrez différentier les types d'anémie par les signes associés présentés dans le Point de révision 40.1

POINT DE RÉVISION **40.1**

Signes d'anémie

Site	*Déficit en fer*	*Déficit en B12 ou folate*	*Anemie hemolytique*
Sclère	Blanche	Peut être ictérique	Ictérique
Ongles	Koïlonychie, si l'anémie est sévère et chronique (Fig. 40.1)	Normaux mais peuvent présenter un hippocratisme par malabsorption	
Langue	Lisse*	Lisse et chargée*	Normale
Lèvres	Cheilose	Cheilose	Normale
Fond d'œil	Normal	Hémorragies rétiniennes si l'anémie est sévère	Normale
Ulcères de jambe	Inexistants	Inexistants	Fréquents dans les hemoglobinopathies
Splénomégalie	Rare	Rare	Fréquente sauf dans la drépanocytose

* *cf.* Fie. 6.6.

Figure 40.1. Koïlonychie. C'est un signe de carence martiale et de l'anémie chronique secondaire. Elle est rare dans le monde occidental mais fréquente dans les pays en voie de développement. Les ongles ont la forme d'une cuillère, présentent des rainures longitudinales et sont excessivement cassants.

Saignements excessifs

Cette situation se manifeste par:

- un purpura: saignements spontanés des petits vaisseaux de la peau (Fig. 40.2) et des muqueuses; les lésions ont quelques millimètres de diamètre, ne blanchissent pas à la pression et s'atténuent en quelques jours en prenant une couleur brunâtre;
- des ecchymoses, grands bleus de la peau. (Fig. 40.3);
- des saignements trop abondants du nez, de la bouche, des reins ou du tractus digestif;
- des saignements internes dans les articulations ou les espaces rétropéritonéaux.

Figure 40.2. Purpura dans le purpura de Henoch-Schönlein. Le purpura est une extravasation cutanée qui a habituellement quelques millimètres de diamètre, ne blanchit pas à la pression et s'atténue en quelques jours en une couleur brunâtre. Il est habituellement dû à une thrombocytopénie ou à une atteinte des vaisseaux sanguins comme dans le purpura anaphylactique ou de Henoch-Schönlein.

Causes et symptômes du trouble

POINT DE RÉVISION **40.2**

Sites de saignement au cours de différents troubles hématologiques

Origines du saignement	*Causes*	*Sites fréquents de saignement*
Thrombocytémie	Infiltration de la moelle osseuse Médicaments (y compris chimiothérapie) Purpura thrombocytopénique idiopathique	Peau, nez, système nerveux central, fonds d'oeil
Lésions vasculaires	Vascularites	Peau (purpura), tractus digestif, reins
	Infections par ex. Meningococcus	Peau (purpura)
	Purpura d'Henoch-Schônlein	Peau (purpura), reins, tractus digestif
	Médicaments	
	Scorbut	Peau (purpura) Peau et muqueuses
Défaut de coagulation	Déficits héréditaires, de la coagulation par exemple	Tissus mous et articulations
	Hémophilie	
	Maladies hépatiques	
	Surdosage en anticoagulants	Sites variés Tractus digestif, peau, espace rétro-péritonéal et autres sites variés
Hyperviscosité	Macroglobulinémie	Fond d'oeil, nez et peau

Figure 40.3. Ecchymoses chez une patiente avec des troubles sévères de la coagulation dus à une nécrose hépatique aiguë.

Le saignement dans diverses maladies hémorragiques a des caractéristiques bien spécifiques qui sont résumées dans le Point de révision 40.2. Cette liste n'est pas exhaustive.

POINT PRATIQUE

Un purpura est le signe habituel d'une maladie grave et une numération formule sanguine urgente est nécessaire.

Splénomégalie

La signification et l'évaluation de la taille de la rate sont essentielles chez des patients aux maladies hématologiques, ce qui a été discuté dans le chapitre 6 (Fig. 6.21 à 6.23). Sa taille doit être mesurée en centimètres comme la distance maximale sous-jacente et médialement au rebord costal gauche.

Adénopathie

Vous devrez garder en mémoire un certain nombre de points lorsque vous évaluerez la taille d'une adénopathie:

- beaucoup de personnes normales ont des ganglions lymphatiques palpables dans le cou, les régions axillaires et inguinales; mais les adenopathies de plus de 1,5 cm de diamètre sont toujours suspectes;
- le tissu lymphoïde tend à s'atrophier avec l'âge; c'est pourquoi les personnes jeunes ont des adenopathies plus volumineuses que les personnes âgées;
- les traumatismes récurrents des mains et des bras chez les fermiers ou les jardiniers peuvent provoquer une augmentation modérée des ganglions axillaires;

• les ganglions épitrochléens ne sont habituellement jamais palpables chez les personnes en bonne santé;
• des ganglions mandibulaires peuvent être touchés de manière récidivante au cours de l'enfance et rester palpables tout au long de la vie.

Figure 40.4. Volumineuses adénopathies axillaires chez un patient âgé avec une leucémie lymphoïde chronique.

Les adénopathies palpables évoluent de manière systématique de la nuque vers la région submentale, puis la région thyroïdienne et finalement la région carotidienne. Attention à la région située à la partie inférieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien où les adénopathies peuvent facilement passer inaperçues. Palpez les adénopathies axillaires en vous asseyant face à votre patient Glissez votre main gauche dans la région axillaire droite du patient, et vice versa de l'autre côté. Disposez vos doigts en crochet lorsque vous palpez très haut dans la région axillaire pour ne pas manquer des adénopathies supérieures de la paroi médiale.

POINT PRATIQUE

Apprenez à palper les adénopathies épitrochléennes. Si elles ont augmenté de taille sans aucune cause locale, votre patient a probablement une lymphoadénopathie diffuse.

POINT DE RÉVISION **40.3**

Causes d'adénopathies généralisées

Groupe	*Maladie*	*Fréquence relative d'une adénopathie généralisée chez un adulte jeune*	*Fréquence relative d'une adénopathie généralisée chez un adulte plus âgé*
Infection	Mononucléose infectieuse	Fréquente	Toutes devenant plus rares avec l'âge
	Cytomegalovirus	Occasionnelle	
	Rubéole	Fréquente	
	Toxoplasmose	Occasionnelle	
	Brucellose	Occasionnelle	
	Syphilis secondaire	Occasionnelle	
	Adenopathies généralisées persistantes	Occasionnelle	
	Réponse aspécifique à des infections virales	Fréquentes	
Leucémie	Aiguë	Occasionnelle	Occasionnelle
	Lymphoïde chronique	Inexistante	Assez fréquente (Fig. 40.4)
Lymphome	Maladie de Hodgkin	Adénopathies diffuses à la phase tardive	À la phase tardive seulement
	Non hodgkinien	Occasionnelle	Assez fréquente
Carcinomatose		Occasionnelle	Occasionnelle
Tuberculose		Fréquentes adénopathies régionales mais rarement généralisées	Fréquentes adénopathies régionales mais rarement généralisées
Sarcoïdose		Occasionnelle	Occasionnelle

Causes et symptômes du trouble

Les principales causes d'adénopathies sont présentées dans le Point de révision 40.3.

Infections

Elles compliquent souvent les anémies et les atteintes hématologiques malignes. De manière générale, elles sont le résultat:

- d'une **neutropénie,** comme dans les leucémies, lorsque les patients ont une infiltration de la moelle osseuse ou une chimiothérapie. Infections variées et/ou septicémie.
- d'une **immunosuppression,** due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), myélome ou une atteinte maligne. La moniliase et autres infections opportunistes sont fréquentes.
- d'un **hypersplénisme,** comme dans un syndrome de Felty.

• SYNDROMES MYÉLOPROLIFÉRATIFS

POINT PRATIQUE

Dans le monde occidental, une volumineuse splénomégalie a toutes les chances d'être due à une myélosclérose ou à une leucémie myéloïde ou lymphoïde chronique.

Ce groupe de maladies est caractérisé par une prolifération d'un ou plusieurs des constituants de la moelle osseuse. Elles sont très liées.
Des formes de transition apparaissent et l'évolution de l'une vers l'autre peut survenir au cours de la maladie. Les maladies les plus fréquentes de ce groupe sont:

- la polycythémie (Fig. 40.5);
- la leucémie myéloïde chronique;
- la thrombocytémie essentielle ;
- la myélosclérose.

La splénomégalie est un signe fréquent de ces maladies; elle peut être volumineuse dans la leucémie myéloïde chronique et dans la myélosclérose. Les signes cliniques de la polycythémie sont résumés dans le Point de révision 40.5. Rappelez-vous qu'il y a plusieurs causes physiopathologiques de la polycythémie (Point de révision 40.4).

Figure 40.5. Signes cliniques de la polycythémie essentielle.

• ÉVOQUEZ LA POSSIBILITÉ D'UNE HÉMOGLOBINOPATHIE

Ce sont des maladies relativement fréquentes dans certaines parties du monde, caractérisées par la production d'une hémoglobine atypique ou par l'arrêt de la synthèse d'une hémoglobine normale. Les maladies les plus importantes sont la drépanocytose et la thalassémie (Fig. 40.6).

Drépanocytose

La drépanocytose est fréquente chez les personnes noires en Amérique, en Afrique. C'est la forme homozygote qui supporte une morbidité

POINT DE RÉVISION **40.4**

Causes de polycythémie

Primitive	Polycythémie
Secondaire (anoxique)	Résidence à haute altitude
	Maladies cardiaque ou pulmonaire
	Tabagisme intense
Secondaire (sécrétion inappropriée d'érythropoïétine)	Maladie rénale comme carcinome, hydronéphrose
	Hémangioblastome cérébelleux
	Fibrome utérin
Relative	Polycythémie de stress
	Déshydratation
	Perte de plasma, par exemple. Brûlures

Figure 40.6. Signes cliniques des hemoglobinopathies, (a) Un jeune enfant avec une drépanocytose Hb-SS. (b) Un jeune adulte avec une drépanocytose Hb-SS. Dans cette maladie, la croissance est ralentie et le développement intellectuel altéré. Dans l'enfance, la rate augmente de volume, mais au fur et à mesure des années elle devient plus petite à la suite d'épisodes récidivants d'infarctus spléniques. La dactylite survient principalement au cours de l'enfance, (c) Signes cliniques chez un adolescent blanc avec une thalassémie majeure.

et une mortalité significatives. Les signes cliniques principaux chez l'enfant et l'adulte sont présentés sur les schémas. Dans les formes hétérozygotes (10 à 20 % des noirs), les complications sont rares, à l'exception de complications anoxiques.

Thalassémie

La thalassémie se retrouve dans de nombreuses régions du monde, à l'intérieur d'une zone géographique s'étendant autour de la région méditerranéenne, le Moyen-Orient, le sous-continent indien et l'Asie du Sud-Est. Les enfants avec la forme homozygote B sont chétifs avec des visages d'écureuil dus à l'élargissement de la moelle osseuse des os du visage et du crâne. Ils ont une importante spléno-hépatomégalie et leur espérance de vie est limitée à la période adulte.

POINT DE RÉVISION **40.5**

Résumé

L'anémie est un caractère secondaire de nombreuses maladies.

Recherchez les symptômes associés et des signes qui peuvent orienter vers le diagnostic principal.

Ne cherchez pas à diagnostiquer une anémie modérée sur des bases cliniques.

Ne posez un diagnostic définitif qu'avec la numération formule sanguine et d'autres examens appropriés.

Pensez aux hémoglobinopathies devant une anémie apparemment inexpliquée chez un patient appartenant au bon groupe ethnique.

Déficit moteur des membres

ÉTAPES PRINCIPALES

Les causes possibles d'un déficit progressif des membres dépendent beaucoup de l'âge et de l'état général du patient, mais dans tous les cas vous devrez l'interroger et préciser:

- l'évolution dans le temps: le déficit a-t-il été inexorablement progressif ou fluctuant?
- la répartition du déficit musculaire: est-elle diffuse ou localisée à certains groupes musculaires particuliers?
- atrophie: les muscles deviennent-ils plus minces?
- maladies associées : le patient est-il diabétique ?
- autres symptômes associés : y a-t-il des troubles sensitifs ?
- antécédents familiaux: d'autres membres de la famille sont-ils touchés?

Devant un enfant ou un jeune adulte touché par un déficit progressif, vous devrez suspecter une myopathie ou une dystrophie myotonique. Vous devez:

- rechercher attentivement une probable histoire familiale;
- établir quels sont les groupes musculaires touchés. Les syndromes de Duchenne, facio-scapulo-huméral et amyotrophique des ceintures ont des signes très caractéristiques;
- rechercher une dystrophie myotonique. L'apparence du visage est caractéristique, et si vous serrez les mains de votre patient, il aura des difficultés à accompagner le mouvement.

Si vous examinez un patient gravement atteint et âgé, évoquez des causes non neurologiques:

- une asthénie générale. Recherchez une perte de poids, une fragilité générale ou une atteinte maligne;
- une atrophie diffuse. Elle survient habituellement chez des patients qui sont restés immobiles ou alités;
- une arthrose. L'atrophie est localisée aux groupes musculaires autour des articulations touchées.

Après avoir éliminé ces causes, vous pouvez évoquer des lésions du faisceau corticospinal ou de la corne antérieure, une neuropathie, une atteinte de la transmission neuromusculaire ou d'autres atteintes musculaires acquises.

Lésions du tractus corticospinal (pyramidal)

Le déficit est plus marqué au niveau des muscles abducteurs et extenseurs de l'épaule, des extenseurs du poignet, des fléchisseurs de la hanche et des fléchisseurs dorsaux du pied. La lenteur de la contraction, la maladresse et la raideur peuvent être plus handicapantes que le déficit musculaire. Recherchez des signes de paraparésie spastique et de ses causes possibles: compression médullaire, sclérose en plaques, maladie cérébro-vasculaire et myélopathie cervicale.

Maladies du motoneurone

La perte sélective des *motoneurones périphériques* affecte le pont, la moelle allongée et la moelle épinière; celle des *motoneurones centraux* intéresse le gyrus précentral. Le déficit musculaire des membres peut résulter de deux syndromes cliniques. Dans l'amyotrophie progressive, le déficit, l'atrophie et les fasciculations des muscles, en particulier des petits muscles de la main, sont dus

à une perte de motoneurones périphériques. Dans la sclérose latérale amyotrophique (SLA), la dégénérescence des motoneurones centraux provoque un déficit musculaire, une spasticité, un clonus, une hyperréflectivité ostéotendineuse avec des réflexes cutanés plantaires en extension.

Neuropathies périphériques

C'est un syndrome fréquent dû à un très grand nombre de maladies (Point de révision 41.1). Vous devez rechercher:

- un déficit sensitif symétrique distal, touchant plus les jambes que les mains;
- un déficit musculaire symétrique distal avec atrophie ;
- une abolition des réflexes tendineux, en particulier des réflexes achilléens.

Maladies de la transmission neuromusculaire

La myasthénie est rare. La fatigabilité est le signe le plus typique qui la distingue des autres causes de déficit musculaire. La myasthénie touche souvent les muscles oculomoteurs, mais peut aussi affecter les muscles de la déglutition et de la parole, les muscles cervicaux, des ceintures et du tronc. Les groupes musculaires distaux sont rarement touchés.

POINT DE RÉVISION **41.1**

Causes de neuropathie périphérique

Monde occidental :

- Causes inconnues*
- Diabète*
- Alcool*
- Déficit en vitamine B_{12}
- Médicaments (isoniazide, vincristine)
- Arthrite paranéoplasique
- Amyloïdose
- Héréditaire (atrophie musculaire péronière)
- Post-infectieuse (Guillain Barré)

Tropiques, comme ci-dessus plus :

- Lèpre*
- Pellagre
- Déficit en thiamine

* Fréquent.

Maladies musculaires acquises

Ce groupe rare de maladies est caractérisé par un déficit et une atrophie des muscles des membres. Elles peuvent être dues à des maladies inflammatoires acquises, médiées imunologiquement, comme la polymyoside et la dermotomyoside et sont secondaires à des causes très variées comme l'hyperthyroïdie ou une corticothérapie.

• EN RÉSUMÉ

Un résumé des sites, de la fréquence des lésions et des situations cliniques en cause est présenté dans le Point de révision 41.2.

POINT DE RÉVISION **41.2**

*Amyotrophie diffuse due à une sous-alimentation ou une maladie maligne**	*Lésions du tractus corticospinal dans la sclérose en plaques, myélopathie cervicale**	*Lésions des motoneurones centraux et périphériques***
Atrophie diffuse Tous les muscles sont faibles et atrophiés	Souvent raideur ou maladresse plutôt qu'un déficit	Amyotrophie généralisée, déficit et fasciculations de groupes musculaires
Pas de fasciculations	Pas de fasciculations. Spasticité	Pas de déficit sensitif
Pas de déficit sensitif	Réflexes vifs	Pas de déficit sensitif
Réflexes normaux	Cutanés plantaires en extension	Progressivement croissant puis fatal
*Neuropathie périphérique**	*Défauts de transmission synoptique comme la myasthénie***	*Myopathie par exemple dystrophie musculaire mais associée à de très nombreuses maladies***
Atrophie distale et déficit des muscles Jambes plus touchées que les bras Signes et symptômes des déficits sensitifs Nombreuses causes (Point de révision 41.1.)	Déficit musculaire sans atrophie Déficit musculaire fluctuant tout au long de la journée avec une fatigabilité	Déficit et atrophie de certains groupes musculaires touchés selon la maladie causale. Soit héréditaire, soit métabolique, soit inflammatoire

* Fréquent. ** Rare.

SÉMIOLOGIE MÉDICALE

DAVID GRAY, PETER TOGHILL

TRADUIT DE L'ANGLAIS PAR MARC BRAUN

MASSON

SÉMIOLOGIE MÉDICALE

DAVID GRAY, PETER TOGHILL

TRADUIT DE L'ANGLAIS PAR MARC BRAUN

MASSON

SÉMIOLOGIE MÉDICALE

DAVID GRAY, PETER TOGHILL

TRADUIT DE L'ANGLAIS PAR MARC BRAUN

MASSON

SÉMIOLOGIE MÉDICALE

MANUEL ILLUSTRÉ

Cet ouvrage propose au lecteur de se familiariser facilement avec la sémiologie médicale, base de l'activité quotidienne de tout praticien. En effet, il s'agit pour celui-ci d'établir, à partir des symptômes exprimés par le patient et les signes cliniques de la maladie, un diagnostic médical et donc de proposer un traitement. La sémiologie nécessite l'acquisition d'un certain nombre de réflexes et une très bonne connaissance de la physiologie et de la physio-pathologie.

Cet ouvrage didactique s'organise en trois grandes parties développant 41 chapitres :

- la première partie aborde, dans les chapitres 1 à 3, les bases de l'interrogatoire et de l'examen clinique ;
- la deuxième partie présente, au cours des chapitres 4 à 23, les différents appareils ;
- la troisième et dernière partie traite, dans les chapitres 24 à 41, des causes et symptômes du problème.

Cet ouvrage tout en couleur, écrit dans un style agréable et concis, propose une lecture aisée de son contenu, étayé par de nombreux points de révision, points pratiques, photographies et schémas.
Enfin, un index complet permet une consultation rapide d'un point précis de sémiologie.

Cet ouvrage est destiné aux étudiants en médecine qui souhaitent acquérir et maîtriser les bases de la sémiologie.

DAVID GRAY
PETER TOGHILL

David Gray est reader in medicine and honorary consultant physician, department of cardiovascular medicine, Queen's medical centre, Nottingham, Royaume-Uni.

Peter Toghill est emeritus consultant physician, Queen's medical centre, Nottingham, Royaume-Uni.

Marc Braun, professeur d'anatomie à la faculté de médecine de Nancy et neuroradiologue au CHU de Nancy, a traduit cet ouvrage.

ISBN 2-294-01140-6

Retrouvez tous les ouvrages Masson sur www.masson.fr

9 782294 011405

Sémiologie médicale [Broché]

David Gray (Auteur), Peter Toghill (Auteur)

(1 commentaire client) J'aime (0)

Prix conseillé : ~~EUR 41,50~~

Prix : **EUR 39,43** LIVRAISON GRATUITE En savoir plus.

Économisez : EUR 2,07 (5%)

En stock.

Expédié et vendu par **Amazon.fr**. Emballage cadeau disponible.

Plus que 2 ex (réapprovisionnement en cours). Commandez vite !

Voulez-vous le faire livrer le jeudi 26 mai ? Commandez-le dans les sur votre bon de commande. En savoir plus.

4 neufs à partir de EUR 39,43 **2 d'occasion** à partir de EUR 34,00

Détails sur le produit

Broché: 360 pages

Editeur : Editions Masson; **Édition :** Nouvelle (20 octobre 2003)

Collection : Hors collection

Langue : Français

ISBN-10: 2294011406

ISBN-13: 978-2294011405

Descriptions du produit

Présentation de l'éditeur

Cet ouvrage propose au lecteur de se familiariser facilement avec la sémiologie médicale, base de l'activité quotidienne de tout praticien. En effet, il s'agit pour celui-ci d'établir, à partir des symptômes exprimés par le patient et les signes cliniques de la maladie, un diagnostic médical et donc de proposer un traitement. La sémiologie nécessite l'acquisition d'un certain nombre de réflexes et une très bonne connaissance de la physiologie et de la physiopathologie. Cet ouvrage tout en couleur, écrit dans un style agréable et concis, propose une lecture aisée de son contenu, étayé par de nombreux points de révision, points pratiques, photographies et schémas. Enfin, un index complet permet une consultation rapide d'un point précis de sémiologie. Cet ouvrage est destiné aux étudiants en médecine qui souhaitent acquérir et maîtriser les bases de la sémiologie

Biographie de l'auteur

David Gray est reader in medicine and honorary consultant physician, department of cardiovascular medicine, Queen's medical centre, Nottingham, Royaume-Uni
Peter Toghill est emeritus consultant physician, Queen's medical centre, Nottingham, Royaume-Uni
Marc Braun, professeur d'anatomie à la faculté de médecine de Nancy et neuroradiologue au CHU de Nancy, a traduit cet ouvrage

SÉMIOLOGIE MÉDICALE

MANUEL ILLUSTRÉ

Cet ouvrage propose au lecteur de se familiariser facilement avec la sémiologie médicale, base de l'activité quotidienne de tout praticien. En effet, il s'agit pour celui-ci d'établir, à partir des symptômes exprimés par le patient et les signes cliniques de la maladie, un diagnostic médical et donc de proposer un traitement. La sémiologie nécessite l'acquisition d'un certain nombre de réflexes et une très bonne connaissance de la physiologie et de la physiopathologie.

Cet ouvrage didactique s'organise en trois grandes parties développant 41 chapitres :

- la première partie aborde, dans les chapitres 1 à 3, les bases de l'interrogatoire et de l'examen clinique ;
- la deuxième partie présente, au cours des chapitres 4 à 23, les différents appareils ;
- la troisième et dernière partie traite, dans les chapitres 24 à 41, des causes et symptômes du problème.

Cet ouvrage tout en couleur, écrit dans un style agréable et concis, propose une lecture aisée de son contenu, étayé par de nombreux points de révision, points pratiques, photographies et schémas.
Enfin, un index complet permet une consultation rapide d'un point précis de sémiologie.

Cet ouvrage est destiné aux étudiants en médecine qui souhaitent acquérir et maîtriser les bases de la sémiologie.

DAVID GRAY
PETER TOGHILL

David Gray est reader in medicine and honorary consultant physician, department of cardiovascular medicine, Queen's medical centre, Nottingham, Royaume-Uni.

Peter Toghill est emeritus consultant physician, Queen's medical centre, Nottingham, Royaume-Uni.

Marc Braun, professeur d'anatomie à la faculté de médecine de Nancy et neuroradiologue au CHU de Nancy, a traduit cet ouvrage.

ISBN 2-294-01140-6

Retrouvez tous les ouvrages Masson sur www.masson.fr

9 782294 011405