

Barbara BATES

Guide de poche

pour l'examen
clinique et
l'interrogatoire

Lynn S. BICKLEY

Arnette

2^e édition

Nous avons pris soin de vérifier la précision de l'information présentée et de décrire des pratiques généralement admises. Cependant, les auteurs, les rédacteurs et l'éditeur ne sont pas responsables des erreurs et des oublis ou des conséquences de l'application de l'information de ce livre et ils ne garantissent, ni explicitement ni implicitement, l'actualité, l'exhaustivité et la précision du contenu de cette publication. L'appréciation de l'information dans une situation particulière relève de la responsabilité professionnelle du praticien ; les traitements cliniques décrits et préconisés ne doivent pas être considérés comme des recommandations absolues et universelles.

Les auteurs, les rédacteurs et l'éditeur ont fait le maximum pour s'assurer que le choix et la posologie des médicaments cités dans le texte étaient en accord avec les recommandations actuelles et la pratique en vigueur au moment de la publication. Cependant, vu la recherche en cours, les changements des règlements gouvernementaux et le flux continu d'informations concernant les médicaments et leurs effets secondaires, le lecteur est incité à consulter la notice contenue dans l'emballage de tous les médicaments pour d'éventuels changements d'indications ou de posologie ou des mises en garde et des précautions supplémentaires. Cela est particulièrement important quand le produit est nouveau ou rarement employé. Certains médicaments et appareils médicaux présentés dans cette publication ont une autorisation de la FDA (*Food and Drug Administration*) pour une utilisation limitée dans le cadre restreint de la recherche. Il est de la responsabilité du dispensateur de soins de déterminer le statut de chaque médicament ou appareil qu'il projette d'utiliser dans sa pratique clinique.

© 2010, 2^e édition

Wolters Kluwer France
Editions Arnette
1, rue Eugène et Armand Peugeot
92856 Rueil-Malmaison cedex
France
www.librairie-sante.fr

ISBN : 978-2-7184-1233-7

Tous droits réservés. Ce livre est protégé par copyright. Aucune partie de ce livre ne peut être reproduite ou communiquée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, y compris la photocopie, le scanning, ou d'autres procédés électroniques, ou utilisée par un système de recherche, d'archivage et d'information sans l'autorisation écrite du propriétaire du copyright, sauf pour de courtes citations dans le corps d'un article ou d'une revue.

Ce livre est une traduction de la 6^e édition américaine de Bates' Pocket Guide to Physical Examination and History Taking

© 2009 by Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

© 2007, 2004, 2000 by Lippincott Williams & Wilkins.

© 1995, 1991 by Lippincott Company.

Publié en accord avec Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, USA.

Table des matières

Introduction	VII
■ CHAPITRE 1 Vue d'ensemble de l'interrogatoire et de l'examen physique	1
■ CHAPITRE 2 Raisonnement clinique, évaluation et enregistrement de vos constatations	21
■ CHAPITRE 3 Entrevue et antécédents	43
■ CHAPITRE 4 Début de l'examen physique : examen général, signes vitaux et douleur	65
■ CHAPITRE 5 État mental et comportement	89
■ CHAPITRE 6 Peau et annexes	111
■ CHAPITRE 7 Tête et cou	131
■ CHAPITRE 8 Thorax et poumons	163

■ CHAPITRE 9	
Appareil cardiovasculaire	189
■ CHAPITRE 10	
Seins et aisselles.....	213
■ CHAPITRE 11	
Abdomen.....	227
■ CHAPITRE 12	
Système vasculaire périphérique	253
■ CHAPITRE 13	
Organes génitaux de l'homme et hernies	269
■ CHAPITRE 14	
Organes génitaux de la femme	287
■ CHAPITRE 15	
Anus, rectum et prostate.....	305
■ CHAPITRE 16	
Appareil locomoteur.....	317
■ CHAPITRE 17	
Système nerveux	363
■ CHAPITRE 18	
Évaluation des enfants : du nourrisson à l'adolescent...	409
■ CHAPITRE 19	
La femme enceinte.....	455
■ CHAPITRE 20	
Le sujet âgé.....	471
Index	499

Introduction

La deuxième édition française du *Guide de poche pour l'examen clinique et l'interrogatoire* est un livre de poche concis qui :

- décrit la façon d'interroger le patient et de prendre son anamnèse ;
- fournit une revue illustrée de l'examen physique ;
- rappelle aux étudiants les trouvailles typiques et fréquentes ;
- décrit les techniques particulières d'évaluation, dont les étudiants peuvent avoir besoin dans certains cas ;
- procure des aides succinctes pour interpréter des constatations sélectionnées.

On peut utiliser ce *Guide de poche* de plusieurs façons :

- pour revoir et se remémorer le contenu d'un interrogatoire ;
- pour revoir et se rappeler les techniques de l'examen. Ce qu'on peut faire quand on étudie une partie et refaire quand on fait la synthèse de l'approche de plusieurs appareils ou régions du corps (voir chapitre 1) ;
- pour revoir les variations fréquentes de la normale et des anomalies sélectionnées. Les observations sont plus fines et plus précises quand l'examineur sait ce qu'il convient de regarder, écouter et palper ;

- pour consulter des techniques particulières, si le besoin s'en fait sentir. Les manœuvres telles que le test d'Allen se trouvent dans les parties appropriées de l'examen ;
- pour chercher des renseignements supplémentaires sur certaines trouvailles possibles, y compris les anomalies et les valeurs de la normale.

Ce *Guide de poche* n'a pas pour but de remplacer un traité pour l'apprentissage des techniques d'interrogatoire et d'examen car il est insuffisamment détaillé pour cela. Il est plutôt conçu comme un aide-mémoire pour l'étudiant et comme un livre de référence, de poche, concis et commode.

Vue d'ensemble de l'interrogatoire et de l'examen physique

Ce chapitre présente l'itinéraire qui mène à l'expertise clinique dans deux domaines cruciaux : l'anamnèse et l'examen physique.

Pour les adultes, l'anamnèse exhaustive comprend les *Données d'identification* et la *Source de l'anamnèse*, le(s) *Motif(s) de consultation*, la *Maladie actuelle*, les *Antécédents personnels*, les *Antécédents familiaux*, les *Antécédents psychosociaux* et la *Revue des appareils*. Les nouveaux patients, au cabinet ou à l'hôpital, justifient une *anamnèse exhaustive* ; cependant, dans nombre de cas, une *entrevue ciblée* ou *orientée vers les problèmes*, plus souple, est suffisante. Les composantes de l'anamnèse exhaustive structurent l'histoire du patient et le format de votre compte rendu d'observation (CRO), mais l'ordre indiqué p. 4-9 ne doit pas dicter la séquence de l'entrevue. En règle générale, l'entretien sera plus fluide et suivra les directions et les indications du patient, comme cela est décrit au chapitre 3.

L'interrogatoire et l'examen physique : complet ou limité ?

Évaluation complète	Évaluation limitée
<ul style="list-style-type: none"> ■ Convient aux nouveaux patients au cabinet médical ou à l'hôpital ■ Donne une connaissance fondamentale et personnalisée du patient ■ Renforce la relation clinicien-patient ■ Permet de reconnaître ou d'éliminer les causes physiques des inquiétudes du patient ■ Développe les principales compétences nécessaires à l'examen physique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Convient aux patients déjà connus, notamment dans les consultations systématiques ou d'urgence ■ Aborde des inquiétudes et des symptômes précis ■ Évalue les appareils en rapport avec les problèmes du patient

Distinguez bien les données subjectives des données objectives.

Données subjectives	Données objectives
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce que le patient vous dit ■ L'anamnèse, du motif de consultation (la principale plainte) à la revue des appareils 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce que vous détectez pendant l'examen ■ Toutes les constatations de l'examen physique

COMPOSANTES DE L'ANAMNÈSE DE L'ADULTE

Données d'identification

- ✓ *Données d'identification*, telles que l'âge, le sexe, la profession, le statut marital.
- ✓ *Source de l'anamnèse* : habituellement le patient, éventuellement un membre de la famille, un ami, une lettre d'accompagnement ou le dossier médical.

(suite)

- ✓ Si c'est indiqué, précisez *qui vous a adressé le patient*, pour la correspondance médicale.

Fiabilité

- ✓ Dépend de la mémoire, de la confiance et de l'humeur du patient.

Motif(s) de consultation

- ✓ Le ou les symptôme(s) ou inquiétude(s) qui amènent le patient à consulter.

Maladie actuelle

- ✓ Développe le *Motif de consultation*, décrit l'évolution de chaque symptôme, et en donne les sept attributs (voir p. 4).
- ✓ Précise les pensées et les sentiments du patient sur sa maladie.
- ✓ Précise les éléments positifs et les éléments négatifs pertinents, d'après les parties appropriées de la *Revue des appareils* (voir p. 6-9).
- ✓ Peut inclure les *traitements*, les *allergies*, la *consommation de tabac et d'alcool*, qui sont souvent intéressants pour la maladie actuelle.

Antécédents médicaux personnels

- ✓ Énumère les maladies infantiles.
- ✓ Énumère les maladies de l'âge adulte, avec leurs dates, dans au moins quatre rubriques : médicales, chirurgicales, gynéco-obstétricales, et psychiatriques.
- ✓ Inclut les mesures de *Protection de la santé*, telles que les vaccinations, les tests de dépistage, les problèmes de mode de vie et la sécurité à la maison.

Antécédents familiaux

- ✓ Précise ou schématise l'âge et l'état de santé, ou l'âge et la cause de décès des frères et sœurs, des parents et des grands-parents.
- ✓ Documente la présence ou l'absence de maladies particulières dans la famille, telles que l'hypertension artérielle, la maladie coronarienne, etc.

Antécédents psychosociaux

- ✓ Décrivent le niveau d'études, la famille dont le patient est issu, la vie à la maison, les centres d'intérêt personnels et le mode de vie.

Revue des appareils

- ✓ Documente la présence ou l'absence de symptômes fréquents en relation avec tous les grands appareils de l'organisme.

ANAMNÈSE EXHAUSTIVE DE L'ADULTE

Quand vous établissez l'anamnèse d'un adulte, n'oubliez pas les points suivants : date et heure de l'interrogatoire, données d'identification, à savoir l'âge, le sexe, le statut marital et la profession, et la fiabilité, qui traduit la qualité de l'information livrée par le patient.

→ Motif(s) de consultation

Citez les propres mots du patient. « J'ai mal à l'estomac et je ne me sens pas bien du tout » ; ou « je suis venu pour mon examen de contrôle habituel ».

→ Maladie actuelle

Cette partie est le compte rendu chronologique, clair et complet des problèmes qui amènent le patient à consulter. Elle comprend le début du problème, ses circonstances d'apparition, ses manifestations et les traitements éventuels.

Chaque grand symptôme doit être bien caractérisé, en décrivant les sept attributs énumérés ci-dessous et les éléments *positifs* et *négatifs* tirés des parties appropriées de la « Revue des appareils » :

- localisation ;
- qualité ;
- quantité ou intensité ;
- chronologie, à savoir début, durée et fréquence ;
- circonstances de survenue ;
- facteurs d'aggravation ou d'amélioration ;
- manifestations associées.

De plus, notez tous les *médicaments*, avec le nom, la posologie, la voie d'administration et le nombre de prises, les *allergies*, y compris les *réactions aux médicaments*, la consommation de *tabac*, d'*alcool* et de *drogue*.

→ Antécédents médicaux personnels

Colligez les *maladies infantiles*, puis les *maladies de l'âge adulte* dans quatre rubriques :

- *médicales* (par exemple : diabète, hypertension artérielle, hépatites, asthme, VIH), avec leurs dates de début, ainsi que les hospitalisations, avec leurs dates, le nombre et le sexe des partenaires sexuels, les pratiques sexuelles à risque ;
- *chirurgicales* (nature des opérations, indications et dates) ;
- *gynéco-obstétricales* (antécédents obstétricaux, règles, contrôle des naissances, et fonction sexuelle) ;
- *psychiatriques* (les troubles, avec leur chronologie, les diagnostics, les hospitalisations, et les traitements).

Parlez aussi de la *protection de la santé*, à savoir les *vaccinations*, telles que celles contre le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, la polio, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la grippe, la varicelle, l'hépatite B, l'*Haemophilus influenzae* de type b et les pneumocoques ; les *tests de dépistage*, tels que les tests tuberculiques, les frottis cervicaux, les mammographies, la recherche de sang occulte dans les selles, les dosages de la cholestérolémie, avec la date et le résultat du dernier test.

→ Antécédents familiaux

Précisez ou notez sur un schéma l'âge et l'état de santé, ou la cause du décès de tous les proches parents, à savoir les grands-parents, les parents, les frères et sœurs, les enfants et les petits-enfants. Notez si les affections suivantes sont *présentes* ou *absentes* dans la famille :

hypertension artérielle, maladie coronarienne, hypercholestérolémie, accident vasculaire cérébral (AVC), diabète, maladie thyroïdienne ou rénale, cancer (précisez le type), rhumatisme, tuberculose, asthme ou maladie pulmonaire, céphalées, convulsions, maladie mentale, suicide, alcoolisme ou toxicomanie, et allergies, de même que les symptômes rapportés par le patient.

→ Antécédents psychosociaux

Ils comprennent la profession et le niveau d'études ; la vie à la maison et les autres situations importantes ; les sources de stress, récentes et à long terme ; les expériences de vie importantes, telles que le service militaire ; les loisirs ; la religion et les croyances ; les activités de la vie quotidienne (AVQ). Ils comprennent également les habitudes du mode de vie telles que l'*exercice physique* et le *régime alimentaire*, les *mesures de sécurité* et les *pratiques de médecine douce*.

→ Revue des appareils

Ces questions progressent « de la tête aux pieds ». Commencez par une question assez générale. Cela vous permet de passer à des questions plus précises portant sur les appareils suspects. Par exemple : « Qu'en est-il de vos oreilles et de votre audition ? » ; « Qu'en est-il de vos poumons et de votre respiration ? » ; « Avez-vous des troubles cardiaques ? » ; « Comment se passe votre digestion ? ». Les questions de la *Revue des appareils* peuvent révéler des problèmes que le patient n'a pas signalés. *Rappelez-vous que, dans vos notes, vous devrez placer les grands événements de la santé dans la Maladie actuelle ou les Antécédents médicaux personnels.*

Certains cliniciens effectuent la *Revue des appareils* au cours de l'examen physique. Si le patient a peu de symptômes, cette façon de faire peut être efficace. S'il a beaucoup de symptômes, le déroulement de l'anamnèse et de l'examen physique peut devenir décousu.

État général. Poids habituel, variation de poids récente, vêtements devenus trop étroits ou trop larges ; faiblesse, fatigue, fièvre.

Peau. Éruptions, grosseurs, ulcérations, démangeaisons, sécheresse, modifications des ongles ou des poils, changements de taille ou de couleur des grains de beauté.

Tête, Yeux, Oreilles, Nez, Gorge (TYONG). *Tête* : céphalées, traumatisme crânien, étourdissements, impression de tête vide. *Yeux* : vision, verres ou lentilles de contact, dernier examen, douleur, rougeur, larmolement excessif, vision double ou floue, taches, mouches volantes, éclairs lumineux, glaucome, cataractes. *Oreilles* : audition, bourdonnements d'oreille, vertiges, otalgies, infection, écoulement. En cas de surdité, utilisation ou non d'une prothèse auditive. *Nez et sinus* : rhumes fréquents, nez bouché, écoulement ou démangeaisons, rhume des foins, épistaxis, sinusite. *Gorge (ou bouche et pharynx)* :  tat des dents et des gencives, saignement des gencives ; éventuellement, appareils dentaires et leur adaptation ; dernier examen dentaire ; ulcération linguale ; bouche sèche ; angines fréquentes ; voix rauque.

Cou. Grosseurs, « ganglions » (adénopathie), goitre, douleur, raideur.

Seins. Grosseurs, douleur ou gêne, écoulement par le mamelon, auto-examens des seins.

Appareil respiratoire. Toux, expectoration (couleur, volume), hémoptysie, dyspnée, sifflements (*wheezing*), pleurésie, dernière radiographie du thorax. Vous pouvez rajouter l'asthme, la bronchite, l'emphysème, la pneumonie et la tuberculose.

Appareil cardiovasculaire. Troubles cardiaques, hypertension artérielle, rhumatisme articulaire aigu, souffles cardiaques, douleur ou gêne thoracique, palpitations, dyspnée, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, œdème, anciens électrocardiogrammes (ECG) ou résultats d'autres examens cardiaques.

Tube digestif. Troubles de la déglutition, pyrosis, appétit, nausées, transit intestinal, couleur et volume des selles, modifications des exonérations, rectorragie ou selles noires ou goudron, hémorroïdes, constipation, diarrhée. Douleur abdominale, intolérance alimentaire, éructations et flatulences. Jaunisse (ictère), troubles hépatiques ou biliaires, hépatites.

Appareil urinaire. Mictions fréquentes (pollakiurie), polyurie, nycturie, mictions impérieuses, brûlure ou douleur à la miction, hématurie, infections, calculs rénaux, incontinence ; chez les hommes, diminution du calibre ou de la force du jet urinaire, miction retardée ou goutte à goutte.

Appareil génital. Homme : hernies, écoulement ou ulcérations du pénis, douleur ou masses testiculaires, antécédents de maladies sexuellement transmises (MST) avec leurs traitements, auto-examens des testicules. Habitudes, intérêt, fonction, satisfaction sexuels, méthodes contraceptives, utilisation de préservatifs, problèmes. Risque d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). **Femme :** âge aux premières règles ; régularité, fréquence et durée des règles ; abondance du saignement, saignement entre les règles ou après un rapport, dernières règles ; dysménorrhée, tension prémenstruelle ; âge de la ménopause, symptômes de la ménopause, saignement postménopausique. Chez les patientes nées avant 1971, exposition au diéthylstilbestrol (DES) pris par la mère pendant la grossesse. Pertes, démangeaisons, ulcérations, grosseurs vaginales, MST et leurs traitements. Nombre de grossesses, nombre et voie des accouchements, nombre d'avortements (spontanés ou provoqués), complications gravidiques ; méthodes contraceptives. Préférences, intérêt, fonction, satisfaction et problèmes sexuels (y compris la dyspareunie). Risque d'infection à VIH.

Système vasculaire périphérique. Claudication intermittente ; crampes des membres inférieurs ; varices ; antécédents de thrombose veineuse ; gonflement des mollets, membres inférieurs ou pieds ; changements de coloration des extrémités des doigts ou des orteils par temps froid ; gonflement avec rougeur et douleur.

Appareil locomoteur. Douleurs musculaires ou articulaires, raideur, rhumatisme, goutte, dorsalgie. Le cas échéant, décrivez la localisation des articulations ou des muscles atteints, tout gonflement, rougeur, douleur spontanée ou provoquée, raideur, faiblesse ou limitation des mouvements ou de l'activité ; précisez la chronologie des symptômes (par exemple, le matin ou le soir), leur durée et tout antécédent de traumatisme. Douleur du cou ou des lombes. Douleur articulaire avec des signes généraux tels que fièvre, frissons, éruptions, anorexie, perte de poids ou faiblesse.

Psychisme. Nervosité, tension, humeur, y compris la dépression, troubles de la mémoire, tentatives de suicide, si c'est approprié.

Systeme nerveux. Modifications de l'humeur, de l'attention ou du langage ; troubles de l'orientation, de la mémoire, de la compréhension intuitive (*insight*) ou du jugement ; céphalées, étourdissements, vertiges ; évanouissements, trous de mémoire, convulsions, faiblesse, paralysie, engourdissements ou perte de sensibilité, fourmillements ou picotements, tremblements ou autres mouvements involontaires ; convulsions.

Systeme hématopoiétique. Anémie, saignement ou ecchymoses faciles, transfusions, réactions transfusionnelles.

Glandes endocrines. Affection de la thyroïde, intolérance au chaud ou au froid, transpiration excessive, soif ou faim excessives, polyurie, changement de taille de gants ou de chaussures.

EXAMEN PHYSIQUE : APPROCHE ET VUE D'ENSEMBLE

Effectuez un *examen physique complet* chez la plupart des nouveaux patients et des patients admis à l'hôpital. Pour les *évaluations ciblées ou orientées vers les problèmes*, les plaintes du patient vous indiqueront les parties à examiner.

- *La clé d'un examen physique précis et complet est l'adoption d'une séquence d'examen systématique. Avec des efforts et de la pratique, vous acquerrez votre propre séquence d'examen systématique. Ce livre préconise d'examiner le patient en se plaçant à sa droite.*
- Appliquez les techniques de l'inspection, de la palpation, de l'auscultation et de la percussion pour examiner toutes les parties du corps, et simultanément soyez réceptif au patient considéré dans sa totalité.
- *Réduisez au minimum le nombre de fois où vous demandez au patient de passer d'une position à une autre, de couché à assis ou de debout à couché sur le dos.*
- Pour avoir une vue d'ensemble de l'examen physique, étudiez la séquence qui suit. Notez que d'un clinicien à l'autre, l'ordre peut changer, notamment pour l'appareil locomoteur et le système nerveux.

→ Début de l'examen : la préparation

Adoptez les étapes suivantes pour préparer l'examen physique.

Préparation à l'examen physique

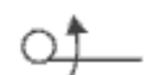
- Réfléchissez à la façon d'aborder le patient.
- Arrangez l'éclairage et l'environnement.
- Installez le patient confortablement.
- Déterminez le champ de l'examen.
- Choisissez la séquence d'examen.
- Respectez la bonne position pour l'examen (à droite du patient) et la préférence manuelle.

Réfléchissez à votre approche, votre comportement professionnel, et à la façon de mettre le patient à l'aise et de le détendre. *Lavez-vous les mains devant le patient avant de commencer.*

EXAMEN PHYSIQUE : RÉSUMÉ DE LA SÉQUENCE PROPOSÉE

- | | |
|--|---|
| <p>☿ ✓ Vue d'ensemble</p> <p>✓ Constantes vitales</p> <p>✓ Peau : torse supérieur, devant et derrière</p> <p>✓ Tête et cou, y compris la thyroïde et les ganglions lymphatiques</p> <p>✓ <i>Optionnel</i> : système nerveux (état mental, nerfs crâniens, force, masse et tonus des muscles des membres supérieurs, fonction cérébelleuse)</p> <p>✓ Thorax et poumons</p> <p>✓ Seins</p> <p>✓ Appareil locomoteur, si c'est indiqué : membres supérieurs</p> | <p>☿/☿ ✓ Appareil locomoteur, si c'est indiqué</p> <p>✓ <i>Optionnel</i> : peau, devant et derrière</p> <p>✓ <i>Optionnel</i> : système nerveux, y compris la démarche</p> <p>✓ <i>Optionnel</i> : appareil locomoteur, en entier</p> |
| <p>☿ ✓ Appareil cardiovasculaire, y compris PVJ, pouls et souffles carotidiens, maximum du choc précordial, etc.</p> | <p>♀ ✓ Femmes : examen gynécologique et rectal</p> |
| <p>♂ ✓ Appareil cardiovasculaire, pour rechercher un B3 et un souffle de rétrécissement mitral</p> <p>✓ Système nerveux : force, masse et tonus des muscles des membres, réflexes, signe de Babinski</p> | <p>♂ ✓ Hommes : prostate et toucher rectal</p> <p>☿ ✓ Appareil cardiovasculaire, pour rechercher un souffle d'insuffisance aortique</p> <p>☿ ✓ <i>Optionnel</i> : thorax et poumons, en avant</p> <p>✓ Seins et aisselles</p> <p>✓ Abdomen</p> <p>✓ Système vasculaire périphérique ; <i>optionnel</i> : peau de la partie basse du torse et des membres inférieurs</p> |

Signification des symboles des positions du patient

	✓ Assis		✓ Couché sur le dos, les hanches en flexion, abduction et rotation externe et les genoux en flexion (position gynécologique)
	✓ Couché sur le dos, avec la tête du lit relevée à 30 degrés		✓ <i>Idem</i> , partiellement tourné sur le côté gauche
	✓ Debout		✓ Couché sur le côté gauche (décubitus latéral gauche)
			✓ Assis, penché en avant
			✓ Couché sur le dos, à plat (décubitus dorsal)

Chaque symbole reste valable jusqu'à l'apparition du suivant. Deux symboles séparés par une barre oblique indiquent que les deux positions sont utilisables.

Réfléchissez à la façon d'aborder le patient. Présentez-vous en tant qu'étudiant. Essayez d'apparaître calme, organisé et compétent, même si ce n'est pas tout à fait ce que vous ressentez. Si vous oubliez de faire une partie de l'examen, ce qui arrive, surtout au début, examinez tout simplement la zone en dehors de l'ordre habituel, mais en douceur.

Arrangez l'éclairage et l'environnement. Réglez le lit à une hauteur convenable (n'oubliez pas de l'abaisser après !). Demandez au patient de se rapprocher de vous si cela facilite votre examen.

Un bon éclairage et un environnement silencieux sont importants. L'*éclairage tangentiel* est optimal pour des structures telles que le poulx veineux jugulaire, la thyroïde, et le choc de la pointe du cœur

(choc apexien). Il fait ressortir les contours, les reliefs et les creux, ce qui bouge et ce qui est immobile.

Installez le patient confortablement. Montrez-vous soucieux de son intimité et de sa pudeur.

- Fermez les portes et tirez les rideaux avant de commencer.
- Acquérez l'art d'arranger la blouse du patient et de disposer les draps en fonction des zones à examiner (voir les chapitres suivants). *Le but est de ne découvrir qu'une zone du corps à la fois.*
- Tout au long de l'examen, tenez le patient informé, par exemple quand vous vérifiez les pouls fémoraux. Essayez aussi de jauger jusqu'à quel point le patient veut savoir.
- Assurez-vous que les instructions que vous donnez au patient à chaque étape de l'examen sont claires et polies.
- Observez la mimique du patient et éventuellement demandez-lui : « Ça va ? » en avançant dans l'examen.

Quand vous avez terminé, faites part au patient de vos impressions générales et de ce qui l'attend. Abaissez le lit pour éviter le risque de chutes et relevez les barrières du lit si besoin est. Au moment de partir, nettoyez vos instruments, jetez le matériel à usage unique, et lavez-vous les mains.

Déterminez le champ de l'examen. Complet ou limité ? Décidez si vous allez faire un examen *complet* ou *limité*.

Choisissez la séquence d'examen. L'ordre de l'examen doit :

- procurer le meilleur confort possible au patient ;
- lui éviter les changements de position inutiles ;
- et améliorer l'efficacité du praticien.

En général, allez de la tête aux pieds. En tant qu'étudiant un de vos principaux objectifs est d'élaborer votre propre séquence d'examen. Voyez la séquence d'examen proposée ci-dessus.

Respectez la bonne position pour l'examen et la préférence manuelle. Placez-vous à la droite du patient : l'estimation de la pression veineuse jugulaire droite est plus fiable, la main qui palpe repose plus confortablement sur le choc apexien, le rein droit est plus souvent palpable que le gauche, et les tables d'examen sont fréquemment positionnées de façon à permettre un abord avec la main droite. Sur un *patient en décubitus dorsal*, vous pouvez examiner la tête, le cou, et le thorax antérieur. Puis faites tourner le patient sur les deux côtés pour ausculter les poumons, examiner le dos, et inspecter la peau. Remettez le patient sur le dos et finissez l'examen sur le patient à nouveau en décubitus dorsal.

→ Examen physique complet de l'adulte

Examen général. Menez cet examen tout au long de la consultation médicale. Observez l'état général, la taille, la morphologie, et le développement sexuel. Notez l'attitude, l'activité motrice et la démarche ; l'habillement, la toilette et l'hygiène personnelle ; et les odeurs éventuelles du corps et de l'haleine. Observez la mimique et notez la façon d'être, l'affect, et les réactions aux personnes et aux choses de l'environnement. Écoutez la façon de parler du patient et notez son état d'éveil et son niveau de conscience.

 **Constantes vitales.** Demandez au patient de s'asseoir au bord du lit ou de la table d'examen, sauf si cette position est contre-indiquée. Tenez-vous en face de lui et passez d'un côté ou de l'autre si c'est nécessaire. Mesurez la pression artérielle (PA). Comptez le pouls et la fréquence respiratoire. Si c'est indiqué, mesurez la température corporelle.

Peau. Observez le visage. Identifiez les lésions éventuelles, en précisant leur localisation, leur répartition, leur disposition, leur

type et leur couleur. Inspectez et palpez les cheveux et les ongles. Étudiez les mains du patient. Continuez à évaluer la peau pendant que vous examinez d'autres régions du corps.

TYONG. Faites l'obscurité dans la pièce pour favoriser la dilatation des pupilles et la visibilité des fonds d'yeux. **Tête** : examinez les cheveux, le cuir chevelu, le crâne et la face. **Yeux** : vérifiez l'acuité visuelle et explorez les champs visuels. Notez la position et l'alignement des yeux. Observez les paupières. Inspectez la sclérotique et la conjonctive des deux yeux. Sous un éclairage oblique, inspectez les cornées, les iris et les cristallins. Comparez les pupilles et testez leur réponse à la lumière (réflexe photomoteur). Évaluez la motricité oculaire extrinsèque. Avec un ophtalmoscope, examinez les fonds d'yeux. **Oreilles** : inspectez les pavillons, les conduits auditifs externes, et les tympanes. Vérifiez l'acuité auditive. Si celle-ci est diminuée, vérifiez la latéralisation (épreuve de Weber) et comparez la transmission aérienne et osseuse (épreuve de Rinne). **Nez et sinus** : examinez le nez ; avec une lampe et un spéculum nasal, inspectez la muqueuse nasale, la cloison et les cornets. Palpez les sinus frontaux et maxillaires, à la recherche d'une douleur. **Gorge (ou bouche et pharynx)** : inspectez les lèvres, la muqueuse buccale, les gencives, les dents, la langue, le palais, les amygdales et le pharynx. (*Vous pouvez désirer examiner les nerfs crâniens à ce moment de l'examen.*)

Cou. Passez derrière le patient assis pour percevoir la thyroïde et examiner le dos, le thorax postérieur et les poumons. Inspectez et palpez les ganglions lymphatiques cervicaux. Notez les masses éventuelles et les pulsations inhabituelles dans le cou. Recherchez une déviation de la trachée. Observez le bruit et le travail respiratoires du patient. Inspectez et palpez la glande thyroïde.

Dos. Inspectez et palpez le rachis et les muscles.

Thorax postérieur et poumons. Inspectez et palpez le rachis et les muscles de la partie *supérieure* du dos. Inspectez, palpez et percutez le thorax. Identifiez le niveau de la matité diaphragmatique de chaque côté. Écoutez les bruits respiratoires, identifiez

tout bruit surajouté (ou adventice) et, si c'est indiqué, écoutez la transmission de la voix (voir p. 171).

Seins, aisselles et ganglions épitrochléens. Le patient est toujours assis. Remettez-vous en face de lui. *Femmes* : inspectez les seins, les membres supérieurs de la patiente étant relâchés puis relevés, puis ses mains prenant appui sur ses hanches. *Hommes et femmes* : inspectez les aisselles, à la recherche de ganglions axillaires ; recherchez des ganglions épitrochléens.

Note sur l'appareil locomoteur : à présent, vous avez fait les premières observations sur l'appareil locomoteur, à savoir les mains, la partie supérieure du dos et, chez les femmes, l'amplitude des mouvements des épaules. Servez-vous de ces observations et de celles que vous ferez ultérieurement pour décider si un examen complet de l'appareil locomoteur est justifié : *le patient étant toujours assis, examinez ses mains, bras, épaules, cou et articulations temporomandibulaires. Inspectez et palpez les articulations et l'amplitude de leurs mouvements. (Vous pouvez décider d'examiner la force, le tonus et la masse des muscles et les réflexes des membres supérieurs à ce moment ou décider d'attendre.)*

Palpez les seins en continuant votre inspection.

— **Thorax antérieur et poumons.** Le patient doit être en décubitus dorsal. Demandez-lui de se coucher. Placez-vous *du côté droit* du lit du patient. Inspectez, palpez et percutez le thorax. Écoutez les bruits respiratoires et les bruits surajoutés et, si c'est indiqué, la transmission de la voix.

— **Appareil cardiovasculaire.** Surélevez la tête du lit d'environ 30°, en la réglant de façon à voir les pulsations des veines jugulaires. Observez les pulsations veineuses jugulaires et mesurez la pression veineuse jugulaire par rapport à l'angle sternal. Inspectez et palpez les pouls carotidiens. Écoutez les souffles carotidiens.

○—/○— Demandez au patient de se tourner un peu vers le côté gauche, tandis que vous auscultez la pointe du cœur. Puis faites-le repasser en décubitus dorsal tandis que vous auscultez le reste du cœur. Demandez au patient de s'asseoir, de se pencher en avant et d'expirer pendant que vous recherchez un souffle d'insuffisance aortique. Inspectez et palpez l'aire précordiale. Notez la localisation, le diamètre, l'amplitude et la durée du choc de la pointe. Auscultez la pointe du cœur et la partie inférieure du bord gauche du sternum avec le pavillon du stéthoscope. Auscultez tous les foyers cardiaques avec la membrane du stéthoscope. Écoutez B1 et B2 et un dédoublement physiologique de B2. Recherchez des bruits et des souffles cardiaques pathologiques.

○—/○— **Systeme vasculaire périphérique.** Sur le patient en décubitus dorsal, palpez les pouls fémoraux, et si c'est indiqué, les pouls poplités. Palpez les ganglions inguinaux. Inspectez les membres inférieurs à la recherche d'œdèmes, colorations anormales ou ulcérations. Recherchez un signe du godet (pour l'œdème). Sur le patient debout, recherchez des varices, par l'inspection.

○— **Abdomen.** Abaissez la tête du lit à l'horizontale. Le patient doit être en décubitus dorsal. Inspectez, auscultez et percutez l'abdomen. Palpez-le légèrement puis profondément. Évaluez le foie et la rate par la percussion puis par la palpation. Essayez de percevoir les reins ; palpez l'aorte et ses battements. Si vous suspectez une infection urinaire, percutez en arrière, sur les angles costovertébraux.

○—/○— **Membres inférieurs.** Examinez les membres inférieurs, avec leurs trois systèmes sur le patient toujours couché. Chaque système sera aussi évalué sur le patient debout.

○—/○— **Systeme nerveux.** Le patient est assis ou couché sur le dos. L'examen du système nerveux peut aussi être fractionné en examen des membres supérieurs (alors que le patient est encore assis) et en examen des membres inférieurs (alors que le patient est couché), après l'examen du système nerveux périphérique.

- **État mental** : si c'est indiqué et que cela n'a pas été fait pendant l'entretien, évaluez l'orientation, l'humeur, le processus de pensée, le contenu de la pensée, les perceptions anormales, la compréhension intuitive (*insight*) et le jugement, la mémoire et l'attention, les connaissances et le vocabulaire, les capacités de calcul, la pensée abstraite et la capacité de construction.
- **Nerfs crâniens** : si ce n'est pas déjà fait, vérifiez l'odorat, les fonds d'yeux, la force des muscles masséters et temporaux, les réflexes cornéens, la mimique, le réflexe nauséeux, la force des trapèzes et des sternocléidomastoïdiens, et la protrusion de la langue.
- **Système moteur** : force, tonus et masse des principaux groupes musculaires. *Fonction cérébelleuse* : mouvements alternants rapides (MAR), mouvements d'un point à un autre, tels que doigt au nez (D → N) ou talon à la crête tibiale (T → CT) ; démarche. Observez la démarche du patient et son aptitude à marcher en posant un pied juste devant l'autre, sur la pointe des pieds, et sur les talons, à sautiller sur place et faire des genuflexions. Faites une épreuve de Romberg ; recherchez une dérive en pronation.
- **Système sensitif** : douleur, température, toucher léger, vibrations et discrimination. Comparez le côté droit avec le côté gauche et l'extrémité avec la racine des membres.
- **Réflexes** : à savoir les réflexes ostéotendineux bicipitaux, tricipitaux, stylo-radiaux, rotuliens et achilléens, et le réflexe cutané plantaire (voir p. 384-386).

Examens supplémentaires. L'examen *rectal* et l'examen *général* sont souvent effectués à la fin de l'examen physique. Le patient doit être installé comme indiqué.

Organes génitaux de l'homme et hernies. Examinez le pénis et le contenu des bourses. Recherchez des hernies.

↻ *Examen rectal chez l'homme.* Le patient est **couché sur le côté gauche** pour l'examen du rectum. Inspectez la région sacrococcygienne et le périnée. Palpez le canal anal, le rectum et la prostate. (Si le patient ne peut pas se tenir debout, examinez les organes génitaux avant de faire le toucher rectal.)

♫ *Examen gynécologique et rectal chez la femme.* La patiente est installée en **position gynécologique**. Asseyez-vous pendant l'examen au spéculum, puis mettez-vous debout pour le toucher vaginal. Examinez les organes génitaux externes, le vagin et le col utérin. Faites des frottis cervicaux. Palpez l'utérus et les annexes. Faites un examen rectovaginal.

→ Précautions standard et universelles

Les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont émis plusieurs recommandations pour protéger les patients et les examinateurs contre la propagation des maladies infectieuses. Il est fortement conseillé à tous les cliniciens qui examinent des patients d'étudier ces précautions sur les sites Web des CDC, et de les respecter. Les avis sur les précautions standard et contre les *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (SARM) et sur les précautions universelles sont brièvement résumés ci-dessous.

- *Précautions standard et contre les SARM.* Les précautions standard sont fondées sur le principe que le sang, les liquides corporels, les sécrétions, les excréments excepté la sueur, la peau lésée, et les muqueuses peuvent contenir des agents infectieux transmissibles. Ces mesures s'appliquent dans toutes les circonstances. Elles comprennent : l'hygiène des mains, quand utiliser des gants, des blouses, des masques faciaux et des protections oculaires, l'hygiène respiratoire et « l'étiquette de la toux », les critères d'isolement des patients, les précautions concernant le matériel, les jouets, les surfaces solides, et la manipulation du linge, et les pratiques sûres d'injection avec des aiguilles.

Lavez-vous toujours les mains avant d'examiner et après avoir examiné un patient. Cela démontrera votre souci de la bonne santé du patient et votre vigilance concernant une composante essentielle de la sécurité du patient. Des savons antimicrobiens qui sèchent rapidement sont souvent placés à proximité. *Changez de blouse blanche fréquemment* puisque les bas de manches peuvent devenir humides et souillés.

- *Précautions universelles.* Les précautions universelles sont un ensemble de mesures conçues pour prévenir la propagation du VIH, du virus de l'hépatite B (VHB), et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang, quand on effectue des gestes d'urgence ou des soins médicaux. Les liquides suivants sont considérés comme potentiellement infectants : le sang et les autres liquides corporels contenant du sang visible à l'œil nu, le sperme, et les sécrétions vaginales ; les liquides céphalorachidien, synovial, pleural, péritonéal, péricardique et amniotique. Les barrières de protection comprennent les gants, les blouses, les tabliers, les masques et les protections oculaires. Tous les professionnels de santé doivent *respecter les importantes précautions concernant la sûreté des injections et la prévention des blessures par des aiguilles, bistouris, et autres instruments et appareils acérés.* Déclarez immédiatement à votre service de médecine du travail tout accident de ce type.

Raisonnement clinique, évaluation et enregistrement de vos constatations

ÉVALUATION ET PROJET : LE PROCESSUS DU RAISONNEMENT CLINIQUE

Comme l'évaluation se déroule dans l'esprit du clinicien, le processus du raisonnement clinique semble souvent inaccessible au débutant. En tant qu'étudiant actif, demandez à vos enseignants et aux cliniciens de donner plus de détails sur les points importants de leur raisonnement et de leur prise de décision cliniques.

Avec l'expérience, votre réflexion commencera dès le début de la rencontre du patient, non à la fin. Sont énumérés ci-dessous les principes qui sous-tendent le processus du raisonnement clinique et certaines étapes explicites pour mieux guider votre pensée.

IDENTIFIER LES PROBLÈMES ET POSER LES DIAGNOSTICS : LES ÉTAPES DU RAISONNEMENT CLINIQUE

- ✓ **Identifiez les constatations anormales.** Dressez la liste des *symptômes* et des *signes* que vous constatez au cours de l'examen clinique, ainsi que des résultats des examens de laboratoire disponibles.
- ✓ **Localisez ces constatations anatomiquement.** Par exemple, le symptôme « gorge irritée » et le signe « pharynx inflammatoire, rouge » localisent clairement le problème au pharynx.

(suite)

Certains symptômes et signes ne peuvent être localisés, comme la fatigue et la fièvre, mais ils sont utiles dans les étapes suivantes.

- ✓ **Interprétez les constatations en termes de processus probable.** Il y a de nombreux processus *anatomopathologiques*, à savoir congénitaux, inflammatoires ou infectieux, immunitaires, néoplasiques, métaboliques, nutritionnels, dégénératifs, vasculaires, traumatiques ou toxiques. D'autres problèmes sont *physiopathologiques*, traduisant la perturbation de fonctions biologiques, comme l'insuffisance cardiaque congestive, ou encore *psychopathologiques*, comme une céphalée exprimant un processus de somatisation.
- ✓ **Faites des hypothèses sur la nature des problèmes du patient.** Faites appel à vos connaissances, votre expérience et vos lectures sur les types d'anomalies et de maladies. En consultant la littérature, vous vous engagez dans l'objectif durable de *la prise de décision fondée sur les faits*. Les étapes suivantes vous aideront :
 1. Sélectionnez les constatations les plus importantes et les plus précises pour étayer votre hypothèse.
 2. Confrontez vos constatations à toutes les affections connues de vous, qui peuvent les produire.
 3. Éliminez les diagnostics possibles qui n'expliquent pas toutes les constatations.
 4. Comparez les différentes possibilités et retenez le diagnostic le plus vraisemblable.
 5. Accordez une attention particulière aux affections qui mettent en jeu le pronostic vital mais qui peuvent être traitées. Une règle pratique consiste à *toujours inclure le « scénario du pire »* dans votre liste de diagnostics différentiels et à vous assurer que vous pouvez l'éliminer d'après vos constatations et l'évaluation du patient.
- ✓ **Testez vos hypothèses.** Vous pouvez avoir besoin d'un complément d'anamnèse, de techniques d'examen supplémentaires ou d'examens de laboratoire ou d'imagerie pour confirmer ou infirmer votre hypothèse diagnostique ou pour retenir l'un des deux ou trois diagnostics les plus vraisemblables.
- ✓ **Posez un diagnostic provisoire.** Faites-le au plus haut niveau de clarté et de certitude autorisé par les données. Vous pouvez être limité à un symptôme, tel que « céphalée de tension, de cause inconnue ». D'autres fois, vous pouvez définir explicitement le problème en termes de structure, processus et cause, comme « méningite

(suite)

bactérienne à pneumocoques ». En passant en revue systématiquement la *Protection de la santé*, vous pouvez mettre au jour plusieurs problèmes de santé importants : vaccinations, tests de dépistage (par exemple, mammographies, examens de la prostate), instructions concernant la nutrition et les auto-examens des seins et des testicules, recommandations portant sur l'exercice physique ou l'utilisation de ceintures de sécurité, et réactions aux événements importants de la vie.

- ✓ **Élaborez un projet acceptable pour le patient.** Concevez et écrivez un *Projet* pour chaque problème du patient, allant des examens complémentaires pour confirmer ou approfondir un diagnostic et des consultations spécialisées aux ajouts, suppressions ou modifications thérapeutiques et à l'organisation d'une rencontre avec la famille.

LE CAS DE MME N.

À présent, étudiez le cas de Mme N. Analysez les constatations faites, appliquez votre raisonnement clinique, et analysez l'évaluation et le projet.

HISTOIRE DE LA MALADIE

11 h, le 30 août 2008

Mme N. est une femme agréable de 54 ans, veuve, vendeuse, habitant à Paris.

Correspondant : aucun.

Source et fiabilité : elle-même ; semble fiable.

Motif de consultation : « Mes maux de tête. »

Maladie actuelle : depuis environ 3 mois, Mme N. est de plus en plus gênée par des céphalées frontales. Celles-ci sont habituellement bifrontales, pulsatiles, d'intensité légère à modérée. Elle a dû manquer son travail à plusieurs reprises à cause des nausées et des vomissements associés. À présent, les céphalées surviennent en moyenne une fois par semaine, en rapport habituellement avec un stress et durent 4 à 6 heures. Elles

(suite)

sont soulagées par le sommeil et l'application d'une serviette humide sur le front mais presque pas par l'aspirine. Pas de troubles visuels, de déficits sensorimoteurs ni de paresthésies associées.

Des « maux de tête » avec nausées et vomissements sont apparus à 15 ans, se sont répétés jusqu'à 25 ans, puis se sont espacés et finalement ont presque disparu.

Mme N. rapporte une tension accrue au travail, du fait d'un nouveau patron exigeant ; elle a aussi des soucis au sujet de sa fille (voir « Antécédents psychosociaux »). Elle pense que les maux de tête pourraient être les mêmes qu'autrefois, mais souhaite en être sûre, parce que sa mère est morte après une « attaque cérébrale ». Elle s'inquiète du retentissement sur son travail et de son irritabilité vis-à-vis de sa famille. Elle prend trois repas par jour et boit trois tasses de café par jour et du Coca-Cola au coucher.

Médicaments. Aspirine, 1 ou 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures si nécessaire. Dans le passé, diurétique pour des œdèmes des chevilles (pas de prise récente).

*Allergies.** Éruption due à l'ampicilline.

Tabac. Environ 1 paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 18 ans (soit 36 paquets-années).

Alcool/drogue. Du vin, rarement. Pas de drogues illégales.

Antécédents médicaux personnels

Maladies de l'enfance. Rougeole, varicelle. Pas de scarlatine ni de rhumatisme articulaire aigu.

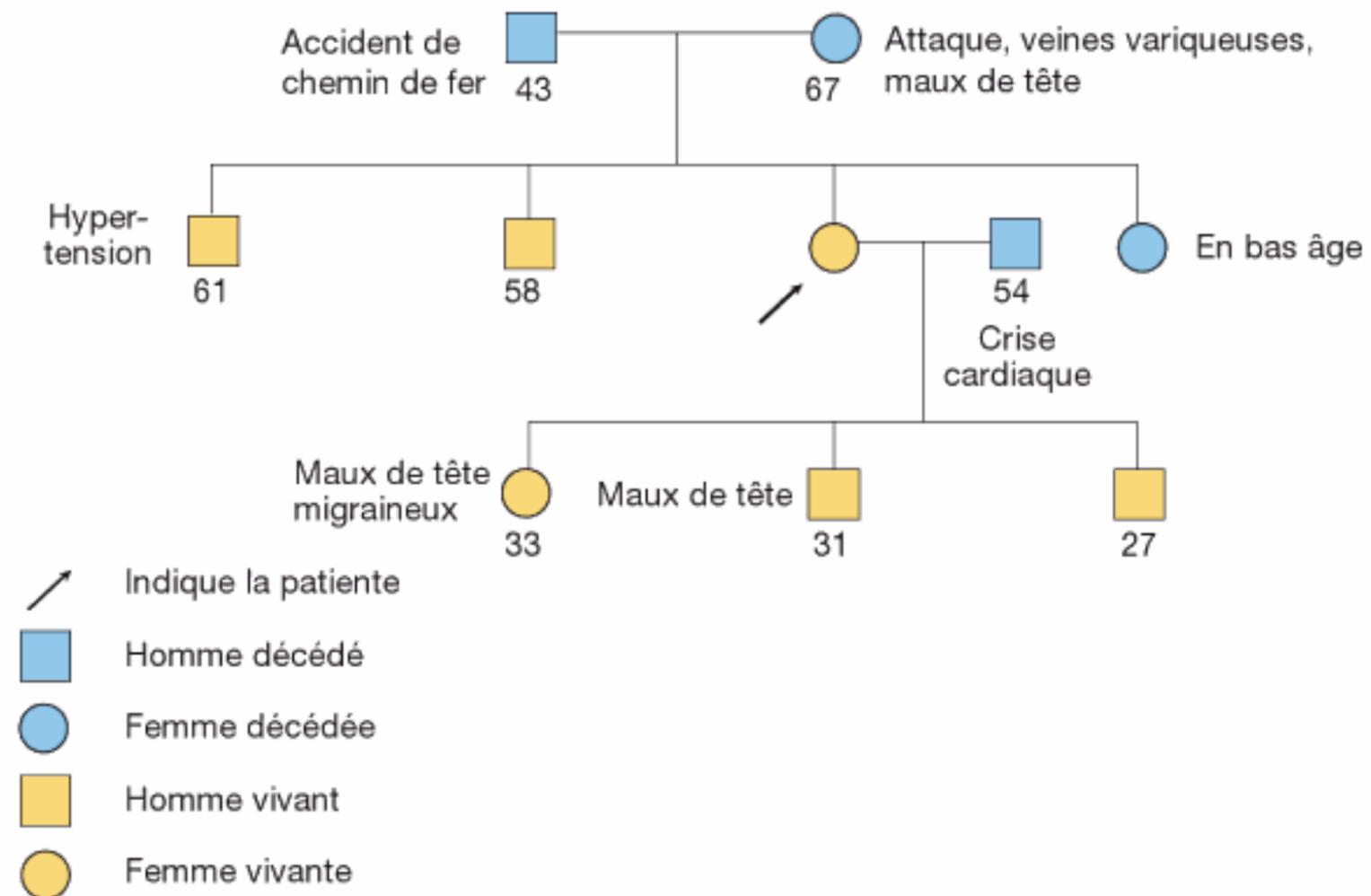
Maladies de l'âge adulte. Médicales : pyélonéphrite en 1998, avec fièvre et douleur du flanc droit, traitée par ampicilline. Éruption généralisée avec prurit quelques jours plus tard. Radiographies rénales dites normales. Pas de récurrence de l'infection. *Chirurgicales :* amygdalectomie à 6 ans, appendicectomie à 13 ans. Suture d'une plaie, en 2001, après avoir marché sur des morceaux de verre. *Gyn.-obst. :* G3-P3, avec des accouchements par voie basse, normaux. Trois enfants vivants. Régulée à 12 ans. Dernières règles il y a 6 mois. Peu d'intérêt pour le sexe ; pas de relations sexuelles actuellement. Pas de risque d'infection à VIH. *Psychiatriques :* aucune.

Protection de la santé. Vaccinations : vaccin antipolio oral (année ?), 2 injections antitétaniques en 1991 et rappel l'année suivante ; vaccin antigrippal en 2000 (pas de réaction). *Dépistages :* derniers frottis cervicaux en 2004, « normaux ». Pas de mammographie à ce jour.

* Mettre un astérisque devant les points importants, ou les souligner.

(suite)

Antécédents familiaux



Ou

Père mort à 43 ans, dans un accident de chemin de fer. Mère morte à 67 ans, d'un accident vasculaire cérébral ; a souffert de varices et de maux de tête.

Un frère de 61 ans, hypertendu, bien portant par ailleurs. Un frère de 58 ans, apparemment en bonne santé, sauf une légère arthrose. Une sœur morte en bas âge, de cause inconnue.

Mari décédé à 54 ans, d'une crise cardiaque.

Une fille de 33 ans, « migraineuse », bien portante sinon. Un fils de 31 ans, souffrant de céphalées. Un fils de 27 ans, en bonne santé.

Pas d'antécédents familiaux de diabète, tuberculose, maladies cardiaques ou rénales, cancers, anémie, épilepsie ou maladie mentale.

Antécédents psychosociaux : est née et a grandi à Provinceville ; a fait des études secondaires, s'est mariée à 19 ans. A travaillé comme vendeuse pendant 2 ans, puis a déménagé avec son mari à Paris ; a eu 3 enfants. Mme N. a recommencé à travailler il y a 15 ans pour des raisons financières. Enfants tous mariés. Il y a 4 ans, M. N. est mort subitement d'une crise cardiaque, sans laisser beaucoup d'économies. A déménagé dans un petit appartement pour être plus près de sa fille Hélène.

(suite)

Le mari d'Hélène est alcoolique. L'appartement de Mme N. sert de refuge à Hélène et ses deux jeunes enfants, Kevin, 6 ans, et Linda, 3 ans. Mme N. se sent responsable d'eux, elle est tendue et nerveuse, mais nie être déprimée. A quelques bons amis mais n'aime pas les ennuyer avec ses soucis familiaux. « Je préfère garder ça pour moi. Je n'aime pas les commérages. » Pas de soutien de la religion ou d'une organisation.

Habituellement levée à 7 heures, travaille de 9 h à 17 h 30, dîne seule.

Exercice physique et régime alimentaire : fait peu d'exercice. A une alimentation riche en glucides.

Mesures de sécurité : met sa ceinture de sécurité et utilise des écrans solaires. Médicaments gardés dans une armoire à pharmacie non fermée à clé. Produits domestiques dans un meuble non fermé à clé, sous l'évier. Le fusil de chasse de M. N., avec une boîte de cartouches, est dans un placard, à l'étage supérieur.

Revue des appareils

État général. *A pris environ 5 kg en 4 ans.

Peau. Pas d'éruption ni d'autres modifications.

Tête, yeux, oreilles, nez et gorge (TYONG). Voir « Maladie actuelle ». Pas d'antécédent de traumatisme crânien. *Yeux* : lunettes pour lire depuis 5 ans ; dernier examen il y a 1 an ; pas d'autres symptômes. *Oreilles* : entend bien ; pas de bourdonnements, de vertiges, d'infections. *Nez, sinus* : rhumes modérés occasionnels, pas de rhume des foins ou de troubles des sinus. *Gorge (bouche et pharynx)* : * saignement des gencives récemment, dernière visite chez le dentiste il y a 2 ans ; aphtes occasionnels.

Cou. Pas de grosseurs, de goitre, de douleur. Pas d'adénopathies.

Seins. Pas de nodules, de douleur, d'écoulement. Examine ses seins elle-même de temps à autre.

Appareil respiratoire. Pas de toux, de sifflements, d'essoufflement. Dernière radiographie thoracique en 1986 à l'hôpital Saint-Joseph, normale.

Appareil cardiovasculaire. Pas de maladie cardiaque ni d'hypertension connues ; dernière mesure de la PA en 2003. Pas de dyspnée, d'orthopnée, de douleurs thoraciques, de palpitations. N'a jamais eu d'électrocardiogramme (ECG).

Tube digestif. Bon appétit, pas de nausées, de vomissements, d'indigestion ; va à la selle une fois par jour environ, mais *a parfois des selles dures tous les 2-3 jours, en particulier quand elle est tendue ; pas de diarrhée, ni de saignements. Pas de douleur, de jaunisse, de troubles vésiculaires ou hépatiques.

(suite)

Appareil urinaire. Pas de pollakiurie, pas de dysurie, pas d'hématurie, pas de douleur du flanc récente ; une miction nocturne abondante. *Perd parfois un peu d'urine quand elle tousse fort.

Appareil génital. Pas d'infection vaginale ni pelvienne. Pas de dyspareunie.

Système vasculaire périphérique. Varices des membres inférieurs apparues lors de la première grossesse. Depuis 10 ans, chevilles gonflées après une station debout prolongée ; porte des collants élastiques ; a pris un diurétique il y a 5 mois, sans grand effet ; pas d'antécédents de phlébite ou de douleur dans les jambes.

Appareil locomoteur. Douleurs lombaires modérées, souvent après une longue journée de travail ; pas d'irradiation dans les jambes ; a pratiqué des exercices pour le dos, mais pas en ce moment ; pas d'autres douleurs articulaires.

Psychisme. Pas d'antécédent de dépression ou de traitement pour des troubles psychiatriques. Voir aussi la « Maladie actuelle » et les « Antécédents psychosociaux ».

Système nerveux. Pas de pertes de connaissance, de convulsions, de déficit sensitif ou moteur. Bonne mémoire.

Sang. En dehors de saignements des gencives, pas de saignements faciles, pas d'anémie.

Glandes endocrines. Pas de troubles thyroïdiens connus, d'intolérance thermique. Transpiration moyenne. Pas de symptômes ou d'antécédents de diabète.

Examen physique

Mme N. est une petite femme boulotte, d'âge moyen, qui est alerte et répond rapidement aux questions. Elle est un peu tendue et a les mains froides et moites, ses cheveux sont bien coiffés et ses vêtements propres. Elle a un bon teint et reste couchée à plat sans être gênée.

Constantes vitales. Taille (sans chaussures) : 1,57 m. Poids (habillée) : 65 kg. IMC : 26. PA : 16,4/9,8 cmHg au bras droit, couchée ; 16,0/9,6 au bras gauche, couchée ; 15,2/8,8 au bras droit, debout, avec un grand brassard. Fréquence cardiaque (FC) : 88/min, régulière. Fréquence respiratoire (FR) : 18/min. Température (buccale) : 37 °C.

Peau. Paumes fraîches et moites, mais coloration normale. Angiomes tubéreux disséminés sur la partie supérieure du tronc. Pas d'hippocratisme digital ni de cyanose unguéale.

(suite)

Tête, yeux, oreilles, nez, gorge (TYONG). *Tête* : cheveux de texture moyenne. Cuir chevelu et crâne normaux. *Yeux* : acuité 7/10 des deux côtés. Champs visuels complets par confrontation. Conjonctives roses. Sclérotiques blanches. Pupilles rondes, régulières, égales, réagissant à la lumière, passant de 4 à 2 mm. Mouvements des globes oculaires normaux. Papilles à bords nets, sans hémorragies ni exsudats. Pas de rétrécissement artériolaire ni de signe du croisement. *Oreilles* : tympan droit partiellement masqué par du cérumen. Tympan gauche visible, normal. Bonne acuité (à la voix chuchotée). Test de Weber normal. CA > CO. *Nez* : muqueuse rose, cloison médiane. Pas de sensibilité des sinus. *Bouche* : muqueuse rose. Plusieurs papilles interdentaires rouges et un peu gonflées. Dents en bon état. Langue médiane avec petite (3 × 4 mm) ulcération blanche, peu profonde, sur une base érythémateuse, située sur la face inférieure, près de la pointe, légèrement douloureuse, mais non indurée. Pas d'amygdales. Pharynx propre.

Cou. Cou souple. Trachée sur la ligne médiane. Isthme thyroïdien à peine palpable, lobes non perçus.

Ganglions. Petits (< 1 cm), mous, non douloureux, mobiles, amygdaliens et cervicaux postérieurs, bilatéraux. Pas de ganglions axillaires ni épithrochléens. Plusieurs petits ganglions inguinaux bilatéraux, mous et indolores.

Thorax et poumons. Thorax symétrique. Bonne ampliation. Poumons sonores. Murmure vésiculaire audible, sans bruits surajoutés. Course diaphragmatique de 4 cm de chaque côté.

Cardiovasculaire. Pression veineuse jugulaire à 1 cm au-dessus de l'angle du sternum, avec la tête du lit relevée à 30°. Pouls carotidiens normaux et symétriques. Choc de la pointe du cœur à peine palpable dans le 5^e espace intercostal gauche, à 8 cm de la ligne médiane. B1 et B2 bien frappés. Pas de B3 ni de B4. Souffle mésosystolique, 2/6, de tonalité moyenne, entendu au foyer aortique, n'irradie pas dans le cou. Diastole libre.

Seins. Pendulaires, symétriques. Pas de nodules ni d'écoulement par les mamelons.

Abdomen. Proéminent. Cicatrice de bonne qualité dans le quadrant inférieur droit. Bruits intestinaux audibles. Pas de douleur ni de masses. Foie haut de 7 cm sur la ligne médioclaviculaire droite ; bord inférieur mousse, palpable à 1 cm en dessous du rebord costal droit. Rate et reins non palpables. Pas de sensibilité de l'angle costovertebral.

(suite)

Organes génitaux. Vulve normale. Petite cystocèle quand la patiente pousse. Muqueuse vaginale rose. Col de multipare, rose, sans écoulement. Utérus antérieur, médian, lisse, pas augmenté de volume. Annexes difficiles à percevoir du fait de l'obésité et d'une mauvaise relaxation. Pas de douleur provoquée du col et des annexes. Frottis cervicaux prélevés. Cloison rectovaginale intacte.

Rectal. Ampoule rectale sans tumeur. Selles marron ; recherche de sang occulte négative.

Membres inférieurs. Chauds et pas œdématisés. Mollets souples, indolores.

Vaisseaux périphériques. Discrets œdèmes des chevilles. Petites varices des veines saphènes des deux membres inférieurs. Pas de pigmentation ni d'ulcères de stase. Pouls (2+ = bien perçus ou normaux).

	Radial	Fémoral	Poplité	Pédieux	Tibial postérieur
Droit	2+	2+	2+	2+	2+
Gauche	2+	2+	2+	Absent	2+

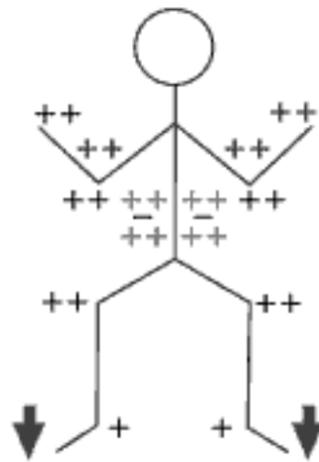
Appareil locomoteur. Pas de déformations articulaires. Amplitude normale des mouvements des mains, poignets, coudes, épaules, rachis, hanches, genoux, chevilles.

Système nerveux. *État mental* : tendue mais alerte et coopérative. Pensée cohérente. Bien orientée. *Nerfs crâniens* : II à XII intacts. *Motricité* : tonus et masses musculaires normaux. Force 5/5 partout. *Cervelet* : mouvements alternants rapides et d'un point à un autre conservés. Démarche normale. *Sensibilité* : à la piqure, au toucher léger, de position, vibratoire et stéréognostique, normale. Signe de Romberg négatif. *Réflexes* :

	Bicipital	Tricipital	Supinateur	Rotulien	Achilléen	Cutané plantaire
Droit	2+	2+	2+	2+	1+	↓
Gauche	2+	2+	2+	2+/2+	1+	↓

(suite)

Ou



Résultats d'examens de laboratoire

Aucun actuellement. Voir le projet.

ÉVALUATION ET PROJET

1. **Migraines.** Femme de 54 ans qui a, depuis l'enfance, des céphalées pulsatiles avec souvent des nausées et des vomissements. Ces céphalées sont liées au stress, soulagées par le sommeil et les compresses froides. Pas d'œdème papillaire, pas de déficit moteur ni sensitif à l'examen neurologique. Le diagnostic différentiel comprend les céphalées de tension, également associées au stress, mais il n'y a pas de soulagement par le massage et la douleur est pulsatile plutôt que sourde. Pas de fièvre, de raideur méningée ou d'autres signes évoquant une méningite, et les récurrences sur plusieurs années sont contre une hémorragie sous-arachnoïdienne (souvent décrite comme « la pire céphalée de ma vie »).

Projet

- ✓ Discuter migraine *versus* céphalées de tension.
- ✓ Discuter le *biofeedback* et la gestion du stress.
- ✓ Conseiller à la patiente d'éviter la caféine sous forme de café, Coca-Cola et autres boissons gazeuses.
- ✓ Prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en cas de crise.
- ✓ À la prochaine consultation, instaurer un traitement prophylactique si la patiente fait plus de trois crises par mois.

(suite)

- 2. Hypertension artérielle.** Il y a une hypertension systolique avec un grand brassard. Peut être liée à l'obésité et aussi à l'anxiété de la première consultation. Pas de signes de retentissement sur la rétine ou le cœur.

Projet

- ✓ Discuter des valeurs normales de la pression artérielle.
- ✓ Recontrôler la PA dans 1 mois, avec un grand brassard.
- ✓ Faire un bilan biologique et une analyse d'urines.
- ✓ Proposer une perte de poids et un programme d'exercices physiques (voir le point n° 4).
- ✓ Diminuer l'ingestion de sel.

- 3. Cystocèle avec incontinence d'effort épisodique.** Cystocèle à l'examen pelvien, vraisemblablement due à un relâchement de la vessie. La patiente est en cours de ménopause. Incontinence à la toux, évoquant une anomalie du col vésical. Pas de dysurie, de fièvre, de douleur du flanc. Pas de prise de médicaments favorisants. En général, pertes de petit volume, pas goutte à goutte.

Projet

- ✓ Expliquer la cause de l'incontinence d'effort.
- ✓ Faire une analyse d'urines.
- ✓ Préconiser les exercices de Kegel.
- ✓ À la prochaine consultation, prescrire une crème aux œstrogènes s'il n'y a pas d'amélioration.

- 4. Surcharge pondérale.** La patiente pèse 65 kg pour une taille de 1,57 m. IMC = 26.

Projet

- ✓ Étudier le régime alimentaire, demander à la patiente de noter ses ingesta sur un agenda.
- ✓ Explorer la motivation pour perdre du poids, fixer le poids à perdre d'ici la prochaine consultation.
- ✓ Programmer une consultation avec une diététicienne.
- ✓ Discuter un programme d'exercices physiques, notamment une marche quotidienne de 30 minutes.

(suite)

5. **Stress familial.** Beau-fils alcoolique ; fille et petits-enfants qui se réfugient chez elle, d'où des relations familiales tendues. La patiente a aussi des difficultés financières. Stress conjoncturel. Pas de signes en faveur d'une dépression actuellement.

Projet

- ✓ Explorer les idées de la patiente sur des stratégies de gestion du stress.
- ✓ Rechercher des aides comme l'Association des Alcooliques anonymes pour sa fille, et un conseil financier pour elle.
- ✓ Dépister une dépression.

6. **Épisodes de lombalgies.** En général en rapport avec une station debout prolongée. Pas d'antécédent de traumatisme ni d'accident automobile. La douleur n'irradie pas ; pas de douleur provoquée, pas de déficit moteur ou sensitif à l'examen. Doute sur la compression d'une racine nerveuse ou d'un disque, une bursite trochantérienne ou une sacro-iléite.

Projet

- ✓ Exposer les effets favorables de la perte de poids et des exercices pour renforcer les muscles lombaires.

7. **Tabagisme.** 1 paquet de cigarettes par jour depuis 36 ans.

Projet

- ✓ Faire un *peak flow* au cabinet médical, ou une spirométrie.
- ✓ Demander vigoureusement d'arrêter de fumer.
- ✓ Proposer d'adresser à une consultation de désintoxication.
- ✓ Proposer des patchs de nicotine, qui renforcent l'abstinence.

8. **Varices des membres inférieurs.** Ne s'en plaint pas actuellement.

9. **Antécédent de pyélonéphrite droite** en 1998.

10. **Allergie à l'ampicilline.** A eu une éruption mais pas d'autre réaction.

11. **Protection de la santé.** Dernier frottis cervical en 2004 ; n'a jamais eu de mammographie.

Projet

- ✓ Apprendre à la patiente à s'examiner les seins. Prescrire une mammographie.

(suite)

- ✓ Prévoir un frottis cervical à la prochaine consultation.
- ✓ Donner 3 cartes pour la recherche de sang dans les selles ; à la prochaine consultation, discuter une coloscopie de dépistage.
- ✓ Suggérer des soins dentaires pour la gingivite.
- ✓ Conseiller à la patiente de mettre sous clé les médicaments et les produits de nettoyage caustiques, si possible en hauteur.

APPROCHE DES DIFFICULTÉS INHÉRENTES AUX DONNÉES CLINIQUES

Comme le montre le cas de Mme N., l'organisation des données du patient soulève plusieurs difficultés. Les directives suivantes vous aideront à affronter ces difficultés.

- **Regrouper les données en un *versus* plusieurs problèmes.** L'*âge* du patient peut vous aider. Les gens jeunes ont probablement une seule maladie et les gens âgés plusieurs. La *chronologie* des symptômes est souvent utile. Par exemple, une pharyngite 6 semaines auparavant est probablement sans rapport avec la fièvre, les frissons, la douleur thoracique de type pleural et la toux qui amènent à consulter aujourd'hui.

Si les symptômes et les signes ne concernent qu'un appareil, ils peuvent être expliqués par une seule maladie. Des problèmes concernant des appareils différents, apparemment non liés, exigent souvent plus d'une explication. À nouveau, il est nécessaire de connaître les schémas des maladies.

Certaines affections sont *multisystémiques*. Pour expliquer la toux, l'hémoptysie et l'amaigrissement d'un plombier de 60 ans qui a fumé des cigarettes pendant 40 ans, vous placerez probablement dès à présent le cancer du poumon au premier rang des causes possibles.

- **Passer au crible un grand nombre de données.** Essayez de *constituer des groupes distincts de constatations et de les analyser l'un après l'autre*. Vous pouvez aussi *poser une série de questions clés* qui orienteront votre réflexion dans une direction. Par exemple, vous pouvez demander ce qui provoque et soulage la douleur thoracique du patient. Si la réponse est l'effort et le repos, vous pouvez vous concentrer sur les appareils cardiovasculaire et locomoteur et laisser de côté le tube digestif.
- **Évaluer la qualité des données.** Afin d'éviter des erreurs dans l'interprétation de l'information clinique, acquérez les habitudes des cliniciens expérimentés, résumées ci-dessous.

ASTUCES POUR ASSURER LA QUALITÉ DE L'ÉVALUATION DU PATIENT

- ✓ Posez des questions ouvertes et écoutez attentivement et patiemment l'histoire du patient.
- ✓ Adoptez une séquence systématique et complète pour l'interrogatoire et l'examen physique.
- ✓ Ayez l'esprit réceptif au patient, à son histoire et à vos constatations physiques.
- ✓ Envisagez toujours la « pire éventualité » dans la liste des explications possibles du problème du patient et assurez-vous de pouvoir l'éliminer à coup sûr.
- ✓ Analysez toute erreur de recueil ou d'interprétation des données.
- ✓ Consultez des collègues et relisez la littérature médicale pertinente pour éclaircir les incertitudes.
- ✓ Appliquez les principes de l'analyse des données à l'information et à l'exploration du patient.

- **Améliorer votre évaluation des données cliniques et des examens de laboratoire.** Appliquez les principes clés du choix et de l'utilisation des données et des tests : *fiabilité, validité, sensibilité, spécificité* et *valeur prédictive*. Apprenez à appliquer ces principes à vos données et aux examens que vous prescrivez.

- **Disposer les données cliniques.** Pour utiliser ces principes, il est important de disposer les données dans un tableau à 2×2 entrées, présenté p. 37. L'utilisation d'un tel tableau assurera la précision de vos calculs de sensibilité, spécificité et valeur prédictive.

PRINCIPES DE SÉLECTION ET D'UTILISATION D'UN TEST

Fiabilité : la reproductibilité d'une mesure. Elle indique jusqu'à quel point des mesures répétées d'un même phénomène relativement stable donnent les mêmes résultats, ce qu'on appelle aussi la **précision**. La fiabilité peut être appréciée chez un ou plusieurs observateurs.

Exemple. Si, à plusieurs reprises, un clinicien trouve la même hauteur de matité du foie à la percussion chez le même patient, on dit que la *fiabilité intra-observateur* est bonne. En revanche, si plusieurs observateurs trouvent des hauteurs de matité hépatique très différentes chez le même patient, on dit que la *fiabilité interobservateurs* est mauvaise.

Validité : la fidélité avec laquelle une mesure reflète la vraie valeur d'un objet. Elle indique jusqu'à quel point une observation donnée concorde avec la « réalité des choses » ou la meilleure mesure possible de la réalité.

Exemple. La mesure de la pression artérielle avec un sphygmomètre à mercure est moins valable que l'enregistrement intra-artériel.

Sensibilité : identifie la proportion de sujets ayant un test « positif » au sein du groupe connu pour avoir la maladie ou l'affection ; c'est la proportion des sujets qui sont des *vrais positifs* sur le nombre total de ceux qui ont vraiment la maladie. Quand l'observation ou le test est négatif chez des sujets qui ont vraiment la maladie, on dit que le résultat est un *faux négatif*. *Les bons tests et les bonnes observations ont une sensibilité supérieure à 90 % ; ils aident à exclure une maladie parce qu'ils donnent peu de faux négatifs. Ils sont très utiles pour le dépistage.*

Exemple. La sensibilité du signe de Homans dans le diagnostic de thrombose veineuse profonde (TVP) du mollet est de 50 %. Autrement dit, dans un groupe de patients ayant une TVP démontrée par phlébographie, un bien meilleur test, seulement 50 % ont un signe de Homans positif, ce qui fait que l'absence de ce signe n'est pas utile puisque 50 % des patients peuvent avoir une TVP.

(suite)

Spécificité : identifie la proportion de sujets ayant un test « négatif » au sein du groupe connu pour *ne pas* avoir la maladie ou l'affection ; c'est la proportion des sujets qui sont des *vrais négatifs* sur le nombre total de ceux qui sont indemnes de la maladie. Quand l'observation ou le test est positif chez des sujets qui n'ont pas la maladie, on dit que le résultat est un *faux positif*. *Les bons tests et les bonnes observations ont une spécificité supérieure à 90 % et aident à retenir une maladie, parce que le test est rarement positif en l'absence de la maladie, c'est-à-dire que les faux positifs sont rares.*

Exemple. La spécificité de l'amylasémie chez les patients suspects de pancréatite aiguë est de 70 %. Autrement dit, sur 100 patients sans pancréatite, 70 ont une amylasémie normale et 30 une amylasémie faussement élevée.

Valeur prédictive : indique dans quelle mesure un symptôme, un signe ou le résultat d'un test donné – qu'il soit positif ou négatif – prédit la présence ou l'absence d'une maladie. La *valeur prédictive positive (VPP)* est la probabilité de maladie chez un patient ayant un test positif (anormal), ou encore la proportion de « vrais positifs » au sein de la totalité de la population testée positive. La *valeur prédictive négative (VPN)* est la probabilité de ne pas avoir la maladie quand le test est négatif (normal), ou encore la proportion de « vrais négatifs » au sein de la totalité de la population testée négative.

Exemples. Dans un groupe de femmes ayant des nodules mammaires palpables dans un programme de dépistage du cancer, la proportion de celles qui ont un cancer du sein confirmé constitue la *VPP* des nodules du sein palpables pour le diagnostic de cancer du sein. Dans un groupe de femmes n'ayant pas de nodules dans le même programme, la proportion de celles qui n'ont pas de cancer du sein est la *VPN* de l'absence de nodules du sein.

Sensibilité, spécificité et valeurs prédictives sont illustrées dans le tableau à 2×2 entrées ci-dessous par l'exemple de 200 personnes, dont la moitié a la maladie dont il est question. Dans cet exemple, la prévalence de la maladie de 50 % est beaucoup plus élevée que dans la plupart des situations cliniques. Étant donné que la VPP augmente avec la prévalence, sa valeur calculée est inhabituellement élevée.

(suite)

		Maladie		
		Présente	Absente	
Observation	+	95 Observations vraiment positives a	10 Observations faussement positives b	105 Total des observations positives
	-	5 Observations faussement négatives c	d 90 Observations vraiment négatives	95 Total des observations négatives
		100 Total des individus atteints par la maladie	100 Total des individus indemnes de la maladie	200 Total des individus

$$\text{Sensibilité} = \frac{a}{a+c} = \frac{95}{95+5} \times 100 = 95 \%$$

$$\text{Spécificité} = \frac{d}{b+d} = \frac{90}{90+10} \times 100 = 90 \%$$

$$\text{Valeur prédictive positive} = \frac{a}{a+b} = \frac{95}{95+10} \times 100 = 90,5 \%$$

$$\text{Valeur prédictive négative} = \frac{d}{c+d} = \frac{90}{90+5} \times 100 = 94,7 \%$$

ORGANISATION DU COMPTE RENDU DU PATIENT

Un compte rendu d'observation (CRO) bien organisé et clair est l'un des principaux instruments de soins de votre patient. Pensez à l'*ordre* et à la *lisibilité* du CRO et à la *quantité de détails* nécessaire. Utilisez la *check-list* suivante pour vérifier que votre CRO est clair, informatif et facile à suivre.

CHECK-LIST POUR LE CRO DU PATIENT

L'ordre est-il clair ?

L'ordre est impératif. Assurez-vous que les futurs lecteurs, y compris vous, pourront trouver facilement des renseignements précis. Par exemple, mettez les items *subjectifs* de l'anamnèse dans l'anamnèse ; ne les laissez pas s'égarer dans l'examen physique. Avez-vous :

- ✓ fait ressortir les titres ?
- ✓ mis l'accent sur votre organisation avec des alinéas et des espaces blancs ?
- ✓ disposé la *Maladie actuelle* dans l'ordre chronologique, en commençant par l'épisode actuel, puis en complétant avec l'information de fond pertinente ?

Les données colligées contribuent-elles directement à l'évaluation ?

Énoncez les arguments – positifs et négatifs – pour chaque problème ou diagnostic que vous identifiez.

Les signes négatifs pertinents sont-ils décrits avec précision ?

Souvent des parties de l'anamnèse ou de l'histoire suggèrent une anomalie réelle ou potentielle.

Exemples. Chez un patient qui a des ecchymoses importantes, notez les signes négatifs pertinents, tels que l'absence de notion de traumatisme ou de violences, d'affections hémorragiques familiales, de traitements ou de carences qui pourraient en entraîner.

Chez un patient dépressif mais pas suicidaire, notez les deux points ; en revanche, s'il s'agit d'une « saute d'humeur » passagère, un commentaire sur le suicide est superflu.

Y a-t-il des « survols » ou des omissions de données importantes ?

Rappelez-vous que les données qui ne sont pas inscrites sont des données perdues. Même si vous vous rappelez très bien certains détails aujourd'hui, vous les aurez probablement oubliés dans quelques mois. Une phrase comme « examen neurologique négatif », même écrite de votre main, vous fera peut-être douter dans quelques mois d'avoir examiné la sensibilité.

(suite)

Y a-t-il trop de détails ?

Évitez d'enfourer un renseignement important dans une masse de détails, où il ne pourra être découvert que par un lecteur très persévérant. *Omettez la plupart des constatations négatives*, à moins qu'elles n'aient un rapport direct avec les plaintes du patient ou des diagnostics à exclure. *Au lieu d'énumérer toutes les anomalies que vous n'observez pas, concentrez-vous sur les quelques signes négatifs importants*, tels que « pas de souffle cardiaque », et essayez de décrire les structures de façon concise et positive.

Exemples. « Col utérin rose et lisse » indique que vous n'avez pas vu de rougeur, d'ulcération, de nodules, de masses, de kystes ni d'autres lésions suspectes, mais cette description est plus courte et beaucoup plus lisible.

Vous pouvez passer sous silence certaines structures même si vous les avez examinées, comme des sourcils et des cils normaux.

Utilisez-vous des mots et des phrases courts à bon escient ?

Y a-t-il une répétition inutile de données ?

Omettez les mots superflus, tels que ceux entre parenthèses dans les exemples ci-dessous. Vous gagnerez un temps et un espace précieux.

Exemples. « Le col est (de couleur) rose ». « Les poumons sont sonores (à la percussion) ». « Le foie est sensible (à la palpation) ». « Présence de cérumen dans les deux oreilles (droite et gauche) ». « Souffle systolique éjectionnel 2/6 (audible) ». « Thorax symétrique (des deux côtés) ».

Omettez les phrases d'introduction répétitives du type : « Le patient déclare qu'il n'a pas de... », parce que le lecteur suppose que le patient est la source de l'anamnèse, sauf indication contraire.

Utilisez des mots courts à la place de mots plus longs, plus recherchés, quand ils signifient la même chose, comme « vus » pour « visualisés », ou « entendu » pour « audible à l'auscultation ».

Décrivez ce que vous avez observé, pas ce que vous avez fait. « Papilles optiques vues » est moins instructif que « papilles à bords nets », même si c'est la première fois que vous les apercevez !

Le style est-il « télégraphique » ? Y a-t-il trop d'abréviations ?

Les CRO sont des documents scientifiques et légaux, aussi ils doivent être clairs et compréhensibles. Si l'utilisation de mots et de phrases brefs à la place de phrases entières est admise, les abréviations et les symboles ne doivent être utilisés que s'ils sont compris de tous.

(suite)

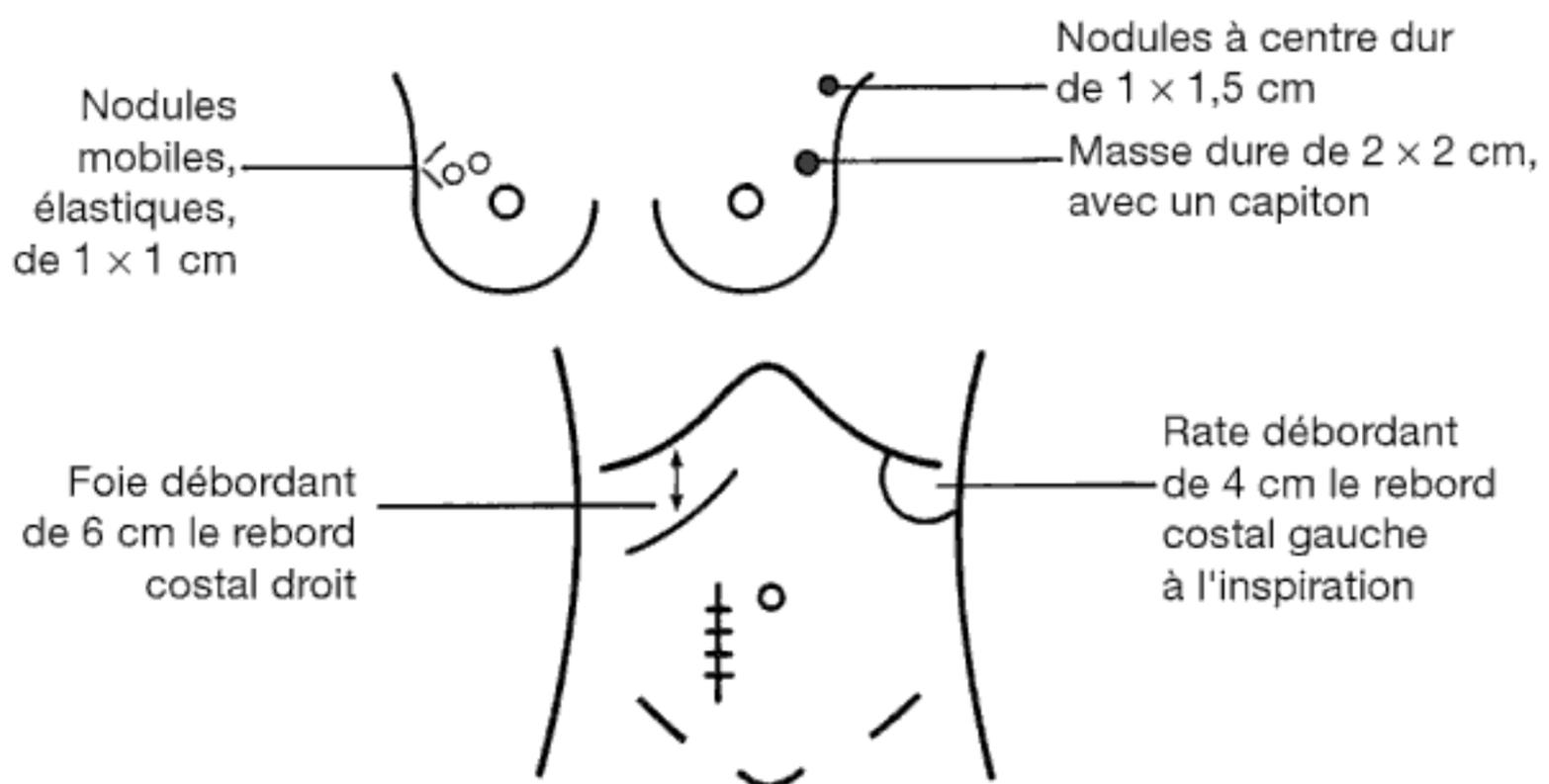
De même un style trop élégant est moins attrayant qu'un résumé concis.

Assurez-vous que votre compte rendu est lisible, sinon tout ce que vous y avez consigné sera sans valeur pour vos lecteurs.

Y a-t-il des schémas et des mesures précises quand c'est approprié ?

Les schémas contribuent grandement à la clarté du CRO.

Exemples. Étudiez les exemples ci-dessous :



Pour que les évaluations et les comparaisons futures soient précises, faites des mesures en centimètres, pas en fruits ou en légumes.

Exemple. « Ganglion de 1 x 1 cm » au lieu de « ganglion de la taille d'un petit pois » ou « masse de 2 x 2 cm dans le lobe gauche de la prostate » au lieu de « masse prostatique de la taille d'une noisette ».

Le ton des notes est-il neutre et professionnel ?

Il est important d'être objectif. Les commentaires hostiles, moralisateurs ou désapprouvateurs n'ont pas leur place dans le CRO du patient. N'employez jamais des mots, une typographie ou une ponctuation incendiaires.

Exemple. Des commentaires comme « patient IVRE et À NOUVEAU EN RETARD ! » ne sont pas professionnels et donnent un mauvais exemple aux personnes qui lisent le dossier. Ils sont aussi indéfendables dans un cadre légal.

Une fois l'évaluation terminée et le CRO rédigé, vous trouverez utile de dresser la *Liste des problèmes*, qui résume les problèmes du patient, sur la couverture du dossier du cabinet ou de l'hôpital. Voici un exemple de *Liste des problèmes* pour Mme N.

Exemple de liste des problèmes		
Date de saisie	N° du problème	Problème
30/08/2008	1	Migraines
	2	Hypertension artérielle
	3	Cystocèle, avec incontinence d'effort épisodique
	4	Surcharge pondérale
	5	Stress familial
	6	Lombalgie
	7	Tabagisme
	8	Varices
	9	Antécédent de pyélonéphrite droite
	10	Allergie à l'ampicilline
	11	Protection de la santé

Entrevue et antécédents

L'interrogatoire est une conversation avec un objectif. À la différence de la conversation sociale où vous pouvez exprimer librement vos besoins et vos intérêts, ce qui n'engage que vous-même, l'entrevue clinicien-patient a pour principal objectif le bien-être du patient. L'interrogatoire du patient a un triple but : établir une relation de confiance et de soutien, recueillir des renseignements et donner une information.

Le processus de l'entrevue diffère notablement du plan des antécédents présenté au chapitre 1. Tous les deux sont fondamentaux pour travailler avec les patients, mais ils servent des objectifs différents.

- Le **plan des antécédents** est un cadre pour organiser les renseignements sur le patient dans une forme écrite ou orale à l'intention des autres soignants.
- L'**entrevue** qui fournit en vérité ces renseignements est plus fluide. Elle nécessite la connaissance des données à recueillir, la capacité à obtenir une information précise et détaillée, et des qualités d'échange qui vous permettront de réagir aux sentiments du patient et **d'obtenir son anamnèse, avec ses propres mots.**

Pour les nouveaux patients au cabinet, à l'hôpital ou dans un établissement de long séjour, vous devrez établir une *anamnèse exhaustive*, décrite pour les adultes au chapitre 1. Pour les patients qui consultent pour un motif précis, comme une douleur à la miction, un interrogatoire plus limité, adapté au problème particulier, peut être indiqué ; il est parfois appelé *anamnèse ciblée* ou *orientée vers le problème*.

SE PRÉPARER : L'APPROCHE DE L'ENTREVUE

L'interrogatoire des patients pour obtenir leurs antécédents médicaux demande une planification.

- **Prenez le temps de réfléchir.** En tant que cliniciens, nous rencontrons des personnes très diverses, chacune étant unique. Comme nous apportons nos propres valeurs, suppositions et préjugés à chaque rencontre, nous devons regarder en nous-mêmes pour éclaircir de quelle façon nos attentes et nos réactions peuvent retentir sur notre écoute et notre comportement. *La réflexion sur nous-mêmes nous donne une plus grande lucidité dans notre travail avec les patients ; c'est l'un des aspects les plus gratifiants des soins au patient.*
- **Revoyez votre comportement clinique et votre présentation.** Consciemment ou non, vous envoyez des messages par vos paroles et par votre comportement. L'attitude, les gestes, le contact oculaire et le ton de la voix peuvent exprimer l'intérêt, l'attention, l'approbation ou la compréhension. Le clinicien expérimenté paraît calme et pas pressé, même lorsque son temps est limité. Les réactions qui trahissent la désapprobation, la gêne, l'impatience ou l'ennui bloquent la communication. Les patients sont rassurés par un aspect propre et soigné, une tenue classique et un badge nominatif.
- **Revoyez la fiche.** Avant de voir le patient, revoyez sa fiche ou son dossier médical. Ils fournissent souvent des renseignements précieux sur les diagnostics et traitements antérieurs ; mais les données peuvent être incomplètes, voire discordantes avec les dires du patient : soyez donc ouvert à de nouvelles approches ou idées.
- **Aménagez l'environnement.** Pensez toujours à l'intimité du patient. Tirez les rideaux du lit, s'il y en a. Proposez d'aller dans une chambre vacante, à l'écart des oreilles indiscrètes.
- **Fixez des objectifs à l'entrevue.** Clarifiez vos objectifs pour l'entrevue. Le clinicien doit mettre en balance les objectifs du

soignant et les objectifs du patient. Sa tâche consiste à concilier les différents impératifs.

- **Prenez des notes.** Notez des phrases courtes, des dates précises ou des mots au lieu d'essayer de rédiger le CRO définitif. Maintenez un bon contact oculaire et, chaque fois que le patient parle de sujets sensibles ou troublants, posez votre stylo.

CONNAISSANCE DU PATIENT : LA SÉQUENCE DE L'ENTREVUE

En général, une entrevue passe par plusieurs stades. *Tout au long de cette séquence, vous devez toujours, en tant que clinicien, rester à l'écoute des sentiments du patient, faciliter leur expression, réagir à leur contenu et valider leur signification.* Que l'entrevue soit exhaustive ou ciblée, tenez compte des sentiments et de l'affect du patient.

- **Saluez le patient et établissez la relation.** *Saluez le patient* en l'appelant par son nom et présentez-vous, en donnant votre nom. Si possible, serrez-lui la main. Si c'est un premier contact, expliquez votre rôle, y compris votre statut d'étudiant et votre implication dans les soins du patient. Il est toujours préférable de s'adresser au patient en l'appelant par son nom (par exemple, M. Dupont, Mme Martinez). **Évitez les prénoms**, sauf autorisation expresse du patient.

S'il y a des visiteurs dans la pièce, *préservez la confidentialité.* Laissez le **patient** décider si les visiteurs ou des membres de la famille peuvent rester dans la pièce et demandez son autorisation avant de mener l'interrogatoire devant eux.

Préoccupez-vous du confort du patient. Demandez-lui comment il se sent et si vous arrivez à un moment opportun. Recherchez des signes d'inconfort, tels que de fréquents changements de position ou des mimiques de douleur ou d'anxiété. Arranger le lit peut améliorer le confort du patient.

Envisagez la meilleure façon d'*aménager la pièce*. Choisissez une distance facilitant la conversation et le contact oculaire. Essayez de vous asseoir à hauteur des yeux du patient. Écartez les obstacles matériels qui s'interposent entre vous et lui, tels qu'un bureau ou une table de chevet.

Accordez toute votre attention au patient. Évitez de baisser les yeux pour prendre des notes ou consulter la fiche et prenez le temps de deviser un peu pour le mettre à l'aise.

- **Établissez un ordre du jour.** Il est important d'identifier vos interrogations et celles du patient dès le début de la rencontre. Souvent vous aurez besoin de centrer l'entrevue en demandant au patient quel est son problème le plus pressant. Par exemple : « Avez-vous des problèmes particuliers ? Quel problème vous préoccupe le plus aujourd'hui ? » Certains patients n'ont pas de plainte ou de problème précis. Ici encore il est important de commencer par l'anamnèse du patient.

- **Commencez l'interrogatoire.** Pour sonder l'inquiétude du patient, commencez par des **questions ouvertes**, qui donnent toute liberté pour répondre : « Dites m'en plus sur... » Évitez les questions qui n'appellent qu'une réponse par « oui » ou par « non », limitée et peu informative. *Écoutez le patient répondre sans l'interrompre.*

Entraînez-vous à *suivre les directions du patient*. Utilisez des signaux verbaux et non verbaux qui poussent les patients à raconter spontanément leur histoire. Utilisez des *incitations à continuer*, notamment en consultation, telles que des acquiescements de la tête et des expressions comme « Oui, oui », « Continuez », et « Je vois ».

- **Identifiez les manifestations émotionnelles du patient et réagissez.** Les patients manifestent leurs inquiétudes de façon variée, directement ou non, verbalement ou non, sous forme d'idées ou d'émotions. Reconnaître et réagir à ces manifestations aide à établir une relation, augmente la compréhension de la maladie et accroît la satisfaction du patient. Une taxonomie des manifestations révélant le point de vue du patient sur la maladie figure dans l'encadré ci-après.

MANIFESTATIONS RÉVÉLANT LE POINT DE VUE DU PATIENT SUR LA MALADIE

- ✓ Déclaration(s) directe(s) du patient sur les explications, les émotions, les espoirs, et les effets de la maladie.
- ✓ Expression d'opinions sur la maladie.
- ✓ Tentatives d'explication ou de compréhension des symptômes.
- ✓ Manifestations dans le discours (par exemple, répétitions, pauses prolongées pour réfléchir).
- ✓ Partage d'une histoire personnelle.
- ✓ Comportements traduisant des inquiétudes cachées, l'insatisfaction ou des besoins non satisfaits, comme des réticences à accepter des recommandations, la demande d'un second avis, ou un deuxième rendez-vous rapproché.

Source : Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses : a call for active listening. Arch Fam Med 2000 ; 9 (3) : 222-7.

- **Développez et clarifiez l'anamnèse du patient.** Tous les symptômes, dont la douleur, ont des attributs qui doivent être précisés, y compris le contexte, les associations et la chronologie. Il est très important de bien comprendre leurs caractéristiques essentielles. *Précisez toujours les sept attributs de chaque symptôme.*

LES SEPT ATTRIBUTS D'UN SYMPTÔME

1. **Son siège.** Où est-il situé ? A-t-il des irradiations ?
2. **Sa qualité.** À quoi ressemble-t-il ?
3. **Son intensité ou sa sévérité.** À quel point cela fait-il mal (pour la douleur, demandez de coter sur une échelle de 1 à 10) ?
4. **Sa chronologie.** Quand commence-t-il ? Quelle est sa durée ? À quelle fréquence revient-il ?

(suite)

5. **Les circonstances dans lesquelles il survient.** À savoir les facteurs environnementaux, les activités personnelles, les réactions émotionnelles, ou d'autres circonstances ayant pu contribuer à la maladie.
6. **Les facteurs de rémission ou d'aggravation.** Y a-t-il quelque chose qui le soulage ou l'aggrave ?
7. **Les manifestations associées.** Avez-vous remarqué quelque chose d'autre qui l'accompagne ?

Utilisez un langage compréhensible et approprié au patient. Un langage technique embrouille le patient et bloque la communication. Autant que possible, employez les propres mots du patient, tout en clarifiant leur signification.

Apprenez à faciliter le récit du patient en utilisant différents types de questions et les techniques d'une bonne entrevue indiquées p. 50 à 53. Vous devrez souvent *utiliser des questions ciblées* (voir p. 50-51) pour obtenir des renseignements précis que le patient n'a pas encore livrés. *En général, l'interrogatoire du patient passe d'une question ouverte à une question ciblée, puis continue par une autre question ouverte.*

Déterminer la séquence et l'évolution dans le temps des symptômes du patient est important. Vous devez encourager un récit suivant l'ordre chronologique en posant des questions telles que « Et après ? » ou « Qu'est-il arrivé ensuite ? ».

- **Formulez et testez des hypothèses diagnostiques.** En écoutant les inquiétudes du patient, vous commencerez à *formuler des hypothèses* sur le processus pathologique qui pourrait être en cause. L'identification des attributs des symptômes du patient et la recherche de détails précis sont fondamentaux pour reconnaître les types de maladie et différencier une maladie d'une autre.

- **Obtenez une compréhension partagée du problème.** La *distinction maladie/mal* vous permettra de comprendre la différence entre votre point de vue et celui du patient. Dans ce paradigme, la *maladie* est l'explication que le *clinicien* donne aux symptômes. C'est sa façon d'organiser ce qu'il a appris du patient en un tableau cohérent qui conduit au diagnostic clinique et au projet thérapeutique. Le *mal* est la façon dont le *patient* éprouve les symptômes. *L'interrogatoire doit faire la synthèse de ces deux visions de la réalité.*

Pour savoir comment les patients perçoivent leur mal, il faut poser des questions centrées sur le patient dans les quatre domaines énumérés ci-dessous. C'est un point crucial pour la satisfaction du patient, l'efficacité de ses soins et son suivi.

EXPLORATION DU POINT DE VUE DU PATIENT

- ✓ Les sentiments du patient sur le problème, c'est-à-dire ses peurs et ses inquiétudes.
- ✓ Les idées du patient sur la nature et la cause du problème.
- ✓ Le retentissement du problème sur la vie du patient.
- ✓ Les attentes du patient concernant la maladie, le médecin ou les soins, qui dépendent souvent d'expériences personnelles ou familiales antérieures.

- **Mettez au point un projet.** Connaître la maladie et concevoir le mal vous donnent, ainsi qu'au patient, les bases de la planification d'une future évaluation (examen physique, examens de laboratoire, consultations, etc.).
- **Prévoyez le suivi et terminez l'entretien.** Assurez-vous que le patient a bien compris les projets que vous avez établis ensemble. Vous pouvez dire : « Nous devons terminer maintenant. Avez-vous des questions sur ce dont nous avons discuté ? » Revoyez l'évaluation à venir, les traitements et le suivi. Donnez la possibilité au patient de poser d'ultimes questions.

CONSTRUCTION D'UNE RELATION THÉRAPEUTIQUE : LES TECHNIQUES D'UN BON INTERROGATOIRE

Un bon interrogatoire requiert l'utilisation de techniques particulières, qui s'apprennent. Pratiquez ces techniques et faites-vous observer ou enregistrer pour vérifier vos progrès.

Écoute attentive. Il faut écouter très attentivement ce que le patient communique, en étant conscient de son état émotionnel et en utilisant des moyens verbaux et non verbaux pour l'encourager à poursuivre et à s'épancher.

Questionnaire orienté. Apprenez à adapter votre interrogatoire aux signaux verbaux et non verbaux émis par le patient.

QUESTIONNAIRE ORIENTÉ : LES OPTIONS POUR CLARIFIER L'ANAMNÈSE DU PATIENT

- ✓ Aller de questions ouvertes à des questions ciblées.
- ✓ Utiliser un questionnement qui suscite une réponse graduée.
- ✓ Poser les questions l'une après l'autre.
- ✓ Poser des questions à choix multiples.
- ✓ Éclaircir ce que le patient veut dire.
- ✓ Inciter à continuer.
- ✓ Faire l'écho.

Allez du général au particulier. Les questions ciblées ne doivent pas être des questions fermées, qui appellent des réponses par « oui » ou « non ». Ne dites pas : « Est-ce que vos selles ressemblent à du goudron ? », mais « S'il vous plaît, décrivez vos selles ».

Posez des questions qui suscitent des *réponses graduées* plutôt qu'une seule réponse. « Quelle est l'activité physique qui vous essouffle ? » est préférable à « Êtes-vous essoufflé en montant un escalier ? ». *Ne posez qu'une question à la fois*. Dites : « Avez-vous eu l'une des affections suivantes ? » Marquez une pause et établissez un contact oculaire en énumérant les affections.

Parfois des patients semblent incapables de décrire des symptômes. Posez-leur des *questions à choix multiples*.

Aux patients qui utilisent des mots ambigus, *demandez des éclaircissements*. Par exemple : « Dites-moi ce que vous entendez exactement par “la grippe” ».

L'attitude, les gestes et les mots encouragent le patient à en dire plus, sans imposer un thème. Hochez la tête ou restez silencieux. Penchez-vous en avant, maintenez un contact oculaire et utilisez des **incitations à continuer**, telles que « Mmm-mm », « Continuez » et « Je vous écoute ».

En répétant et en **faisant écho** aux mots du patient, vous encouragez celui-ci à livrer des détails factuels et ses sentiments.

Communication non verbale. Votre réceptivité aux messages non verbaux du patient vous permet de le « déchiffrer » plus efficacement et de lui envoyer vos propres messages. Faites très attention au contact oculaire, à la mimique, à l'attitude, à la position et aux mouvements de la tête, tels que la dénégation ou l'acquiescement, à la distance entre les personnes, à la position des membres, qui peuvent être croisés, neutres ou ouverts. Un contact physique, comme poser votre main sur le bras du patient, peut manifester votre empathie ou aider le patient à mieux contrôler ses sentiments. Vous pouvez aussi imiter le *paralanguage* du patient, les qualités de son discours, telles que le rythme, le ton et le volume, afin d'accroître la relation. Tenez compte des variations culturelles dans l'utilisation et la signification des comportements non verbaux.

Réactions d'empathie. Les patients peuvent exprimer – avec ou sans mots – des sentiments dont ils n'ont pas pris conscience. *Pour manifester de l'empathie à votre patient, vous devez d'abord identifier ses sentiments.* Renseignez-vous sur ces sentiments, au lieu de supposer ce que le patient ressent.

Réagissez avec compréhension et tolérance. Les réactions peuvent être aussi simples que : « Je comprends », « Cela est bouleversant » ou « Vous semblez triste ». L'empathie peut aussi être non verbale, par exemple offrir un mouchoir à un patient qui pleure.

Validation. Une importante façon de faire pour que le patient se sente accepté consiste à lui fournir un soutien verbal légitimant ou validant son vécu émotionnel.

Réconfort. Évitez de rassurer prématurément ou faussement le patient. Ce genre de réconfort peut empêcher des révélations ultérieures, surtout si le patient a l'impression que montrer son anxiété est une faiblesse. *La première étape d'un réconfort efficace consiste à identifier et accepter les sentiments du patient, sans chercher à le rassurer à ce moment-là.*

Partenariat. Exprimez votre désir de travailler de façon suivie avec les patients. Dites bien aux patients que, quelle que soit l'évolution de leur maladie, vous vous engagez, en tant que leur médecin, dans un partenariat durable. Même dans votre position d'étudiant, un tel soutien peut faire une grande différence.

Résumé. Une brève récapitulation permet au patient de savoir que vous l'avez écouté attentivement. Elle clarifie aussi ce que vous savez et ce que vous ne savez pas. Résumer vous permet d'organiser votre raisonnement clinique et de faire connaître votre pensée au patient, ce qui améliore la coopération.

Transitions. Indiquez au patient quand l'entretien change de direction. Le patient aura le sentiment d'une plus grande maîtrise.

Responsabilisation du patient. La relation clinicien-patient est intrinsèquement inégale. Les patients ont de nombreuses raisons de se sentir vulnérables : douleur, inquiétude, impression d'être submergés par le système de santé, manque de familiarité avec le processus d'évaluation clinique. Les différences de sexe, d'ethnie, de race ou de classe peuvent aussi créer des écarts de puissance. En fin de compte, les patients doivent être responsabilisés pour se prendre en charge et se sentir en confiance, afin de suivre vos conseils. Revoyez les principes ci-dessous.

PRINCIPES POUR RESPONSABILISER LE PATIENT

- ✓ Enquêrez-vous du point de vue du patient.
- ✓ Exprimez votre intérêt pour la personne, pas seulement pour son problème.
- ✓ Suivez ce que le patient a en tête.
- ✓ Mettez au jour la charge émotionnelle.
- ✓ Partagez l'information avec le patient (par exemple : transitions).
- ✓ Rendez votre raisonnement clinique transparent pour le patient.
- ✓ Révélez les limites de vos connaissances.

ADAPTATION DE L'ENTREVUE À DES CAS PARTICULIERS

Rappelez-vous qu'il importe toujours d'écouter le patient et de clarifier son programme.

Le patient silencieux. Le silence peut avoir plusieurs significations et buts. Recherchez attentivement des signaux non verbaux, tels que la difficulté à contrôler ses émotions. Il peut être nécessaire d'infléchir votre interrogatoire vers des symptômes de dépression ou de commencer un examen de l'état mental. Le silence peut être

la réaction du patient à votre façon de l'interroger. Posez-vous trop de questions directes ? Avez-vous choqué le patient ?

Le patient déroutant. Certains patients présentent une *poly-symptomatologie* ou un trouble de somatisation. Concentrez-vous sur la signification ou la fonction du symptôme et orientez l'entrevue vers une évaluation psychosociale. D'autres fois vous pouvez être perplexe, frustré ou dérouté. L'anamnèse est vague, difficile à saisir, des patients décrivent leurs symptômes en des termes bizarres. Essayez d'en apprendre plus sur ces symptômes inhabituels. Recherchez un délire chez les malades aigus ou intoxiqués ou une démence chez les vieillards. Si vous suspectez un trouble psychiatrique ou neurologique, passez à l'examen de l'état mental, en vous centrant sur le niveau de conscience, l'orientation et la mémoire.

Le patient incapable. Certains patients ne peuvent raconter leur histoire à cause d'un délire, d'une démence ou d'une autre affection. D'autres sont incapables de relater certaines parties de leur histoire. Dans ces cas, déterminez si le patient est *capable de prendre des décisions*, c'est-à-dire s'il a la capacité de comprendre l'information sur sa santé, faire des choix médicaux fondés en raison et sur un ensemble de valeurs, et exprimer ses préférences thérapeutiques. De nombreux patients ayant des troubles psychiatriques ou cognitifs restent encore capables de prendre des décisions.

Concernant les patients « **capables** », obtenez leur consentement avant de discuter de leur santé avec d'autres personnes. Respectez la confidentialité et précisez ce dont vous pouvez parler avec des tiers. Votre connaissance du patient peut être très étendue ; malgré cela d'autres personnes peuvent vous fournir des renseignements importants et surprenants. Envisagez de scinder l'entrevue en deux parties, l'une avec le patient, l'autre avec le patient et un second informateur. Aux États-Unis, le *Health Insurance Portability and Accountability Act*, voté par le Congrès en 1996, fixe les règles de

communication de l'information sur le patient entre organismes et professionnels de santé (www.hhs.gov/ocr/hipaa/).

Concernant les patients « **incapables** », contactez le tuteur légal ou une « *personne de confiance* » pour vous aider dans l'interrogatoire. Vérifiez si le patient a un *mandataire en matière de soins médicaux*. Sinon, dans de nombreux cas, un époux ou un membre de la famille peut représenter le patient.

Le patient bavard. Avec un patient prolix ou décousu, plusieurs techniques sont utiles. Pendant les 5 à 10 premières minutes, écoutez attentivement. Est-ce que le patient semble minutieux de façon obsessionnelle, ou anxieux de façon injustifiée ? A-t-il une fuite des idées ou un processus de pensée désorganisé ? Essayez de vous fixer sur ce qui semble le plus important pour le patient : « Vous avez exprimé plusieurs inquiétudes. Concentrons-nous d'abord sur la douleur de la hanche. À quoi ressemble-t-elle ? »

Le patient qui pleure. Habituellement les pleurs ont une vertu thérapeutique, de même que la tranquille acceptation de la détresse du patient. Faites une remarque qui facilite ou qui soutient comme : « Cela vous fait du bien de vous laisser aller. »

Le patient coléreux ou perturbateur. De nombreux patients ont des raisons d'être en colère : ils sont malades, ils ont perdu un être cher, ils ne maîtrisent plus leur vie et ils se sentent assez impuissants. Ils peuvent diriger leur colère sur vous. *Acceptez les sentiments de colère des patients et laissez-les exprimer de telles émotions sans vous mettre en colère à votre tour.* Validez ces sentiments sans être d'accord avec leurs raisons : « Je comprends votre frustration d'avoir longtemps attendu et d'avoir dû répondre plusieurs fois aux mêmes questions. » Certains patients en colère peuvent devenir agressifs et perturbateurs. Avant de les aborder, avertissez la sécurité. Il importe de rester calme, d'apparaître tolérant et d'éviter de les défier. Adoptez une attitude détendue et pas menaçante. Une fois le contact établi, proposez-leur gentiment d'aller dans un autre endroit.

Le patient qui ne parle pas la langue du pays. L'interprète idéal est une personne objective, neutre, qui connaît bien les deux langues et les deux cultures. Évitez de choisir des parents ou des amis comme interprètes : la confidentialité pourrait être violée. Au début du travail avec l'interprète, *rendez vos questions claires, courtes et simples*. Adressez-vous directement au patient. Les questionnaires écrits bilingues sont précieux.

RECOMMANDATIONS POUR TRAVAILLER AVEC UN INTERPRÈTE

- ✓ Choisissez un interprète professionnel de préférence à un employé de l'hôpital, un bénévole ou un parent. Utilisez l'interprète comme personne-ressource pour l'information culturelle.
- ✓ Indiquez à l'interprète les différentes composantes de l'entrevue que vous voulez aborder et rappelez-lui de traduire tout ce que le patient dit.
- ✓ Arrangez la pièce de façon à avoir un contact oculaire et des échanges non verbaux avec le patient.
- ✓ Asseyez l'interprète à côté de vous (ou même derrière vous) et laissez-le établir un contact avec le patient.
- ✓ Adressez-vous directement au patient. Soulignez vos questions par des comportements non verbaux.
- ✓ Faites des phrases courtes et simples. Concentrez-vous sur les concepts les plus importants de la communication.
- ✓ Vérifiez votre compréhension mutuelle en demandant au patient de répéter ce qu'il ou elle a entendu.
- ✓ Soyez patient. L'entrevue prendra plus de temps et, néanmoins, fournira moins de renseignements.

Le patient illettré. Évaluez l'aptitude à lire. Certains patients peuvent essayer de cacher leur illettrisme. Demandez au patient de lire les prescriptions que vous avez écrites. Tendez-lui tout simplement un texte « à l'envers » pour voir s'il le remet dans le bon sens, ce qui règle la question.

Le patient malentendant. Découvrez la technique de communication préférée du patient. Des patients peuvent utiliser le « langage des signes », un langage qui a sa propre syntaxe, ou d'autres combinaisons de signes et de paroles. Déterminez si le patient se situe dans la culture des sourds. Des questions et des réponses par écrit peuvent être la meilleure solution. Si les patients ont *un déficit auditif partiel* ou arrivent à *lire sur les lèvres*, mettez-vous directement en face d'eux, dans un bon éclairage. Si le patient a un *déficit auditif unilatéral*, asseyez-vous du côté de la « bonne oreille ». Si le patient a une *prothèse auditive*, vérifiez qu'elle fonctionne. Éliminez les bruits de fond, comme la télévision.

Le patient malvoyant. Serrez-lui la main pour établir le contact et expliquez-lui qui vous êtes et pourquoi vous êtes là. Si la pièce n'est pas familière, orientez le patient dans l'environnement.

Le patient dont l'intelligence est limitée. Les patients qui ont une intelligence modérément limitée peuvent en général fournir une histoire convenable. Précisez le niveau scolaire du patient et son degré d'autonomie. Jusqu'à quelle classe est-il allé à l'école ? S'il n'a pas achevé sa scolarité, pourquoi ? Évaluez les calculs simples, le vocabulaire, la mémoire et la pensée abstraite. Pour les patients qui ont un retard mental sévère, vous devrez établir l'anamnèse avec la famille ou les personnes qui s'occupent d'eux. Évitez le « parler bébé » et le comportement condescendant. Les antécédents sexuels sont également importants mais souvent passés sous silence.

Le patient qui a des problèmes personnels. Des patients peuvent solliciter votre avis au sujet de problèmes personnels extra-médicaux. En général, il vaut mieux les laisser s'épancher que d'essayer de leur apporter une réponse.

SUJETS DÉLICATS NÉCESSITANT DES APPROCHES SPÉCIFIQUES

Sexualité. Vous pouvez poser des questions sur la fonction et les pratiques sexuelles à différents moments de l'interrogatoire du patient. Une ou deux phrases d'introduction sont souvent utiles : « À présent, j'aimerais vous poser quelques questions sur votre santé et vos pratiques sexuelles », ou « J'interroge systématiquement tous mes patients sur leur fonction sexuelle ».

- « Quand avez-vous eu un contact physique intime avec quelqu'un pour la dernière fois ? Avez-vous eu un rapport sexuel au cours de ce contact ? »
- « Avez-vous des rapports sexuels avec des hommes, des femmes ou les deux ? » L'hétéro, l'homo et la bisexualité ont des implications importantes pour la santé.
- « Combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des 6 derniers mois ? Au cours des 5 dernières années ? En tout ? »
- Étant donné qu'il peut n'y avoir aucun facteur de risque explicite, il est important de demander à tous les patients : « Avez-vous des inquiétudes au sujet de l'infection à VIH ou du SIDA ? » Posez aussi des questions sur l'utilisation systématique de préservatifs.

Antécédents psychiatriques. Les conceptions de la maladie mentale varient beaucoup d'une culture à l'autre ; d'où des différences marquées dans son acceptation et les attitudes vis-à-vis d'elle. Posez d'abord des questions ouvertes : « Vous est-il arrivé d'avoir des troubles émotionnels ou mentaux ? » Puis passez à des questions plus précises : « Avez-vous déjà consulté un conseiller ou un psychothérapeute ? », « Un membre de votre famille a-t-il été hospitalisé pour des troubles mentaux ? ».

Soyez réceptifs aux notions de changements d'humeur et aux symptômes tels que fatigue, crises de larmes, modifications de l'appétit ou du poids, insomnie et plaintes somatiques vagues. Voici deux questions de dépistage : « Au cours des 2 semaines écoulées, vous êtes-vous senti déprimé ou désespéré ? », et « Au cours des 2 semaines écoulées, avez-vous pris peu de plaisir ou d'intérêt à vos activités ? » Recherchez des pensées de suicide : « Avez-vous songé à vous faire mal ou à mettre fin à vos jours ? » Évaluez-en la gravité.

Nombre de patients schizophrènes ou psychotiques peuvent vivre au sein de la communauté et vous entretenir de leurs diagnostics, symptômes, hospitalisations et traitements. Explorez leurs symptômes et appréciez le retentissement sur leur humeur et leurs activités quotidiennes.

Alcool et drogues illégales. Les cliniciens doivent poser systématiquement des questions sur la consommation actuelle et passée d'alcool et de drogues, les types d'utilisation et les antécédents familiaux. « Qu'aimez-vous boire ? », ou « Parlez-moi de votre consommation d'alcool ? » sont de bonnes questions d'introduction, qui empêchent une réponse facile par oui ou non. Le questionnaire de dépistage le plus utilisé est le questionnaire CAGE. Deux réponses positives ou plus aux questions CAGE suggèrent un alcoolisme.

LE QUESTIONNAIRE CAGE

- ✓ Vous est-il arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?
- ✓ Êtes-vous contrarié par les critiques sur votre consommation d'alcool ?
- ✓ Avez-vous eu des sentiments de culpabilité vis-à-vis de l'alcool ?
- ✓ Vous est-il arrivé de boire un verre d'alcool en vous levant le matin, pour vous calmer les nerfs ou surmonter une « gueule de bois » ?

D'après Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974 ; 131 : 1121-3.

Recherchez aussi des trous de mémoire (perte de la mémoire de ce qui s'est passé pendant l'ivresse), des convulsions, accidents ou blessures sous l'emprise de l'alcool, des licenciements, conflits conjugaux et délits. Posez des questions sur l'alcool au volant ou dans le travail posté.

Les questions sur les drogues sont similaires. « Quelle quantité de cannabis consommez-vous ? De cocaïne ? D'héroïne ? D'amphétamines ? » (Posez ces questions pour chaque drogue séparément.) « Qu'en est-il des médicaments délivrés sur ordonnance comme les somnifères ? Les pilules amaigrissantes ? Les antalgiques ? » Utilisez le questionnaire CAGE en l'adaptant aux toxicomanies. Pour les adolescents, il peut être utile de se renseigner d'abord sur les produits consommés par les amis ou d'autres membres de la famille : « De nos jours, beaucoup de jeunes prennent des drogues. Qu'en est-il dans votre école ? Et vos amis ? »

Violence familiale. Beaucoup d'autorités préconisent le dépistage systématique de la violence conjugale chez les femmes. Commencez par des questions générales « banalisées » : « Étant donné la fréquence des violences faites aux femmes, je pose systématiquement des questions à ce sujet. Vous est-il arrivé d'avoir peur ou de vous sentir en danger dans votre couple ? » Pensez à des sévices physiques dans les circonstances suivantes :

- si des lésions sont inexplicables, ne correspondent pas à l'histoire du patient, sont cachées par le patient ou provoquent sa gêne ;
- si le patient a tardé à se faire traiter pour un traumatisme ;
- s'il existe des antécédents de lésions ou d'« accidents » à répétition ;
- si le patient ou l'un de ses proches a des antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie ;
- si le partenaire essaie de mener l'entrevue, ne veut pas quitter la pièce ou semble trop anxieux ou trop bienveillant.

La mort et le patient en fin de vie. Surmontez vos propres sentiments grâce à des lectures et des discussions. Kubler-Ross a décrit cinq stades dans la réaction d'une personne à un deuil ou à l'annonce d'une mort imminente : le refus et l'isolement, la colère, le marchandage, la dépression ou la tristesse, et l'acceptation ou la résignation. Ces stades peuvent se succéder ou se recouper en diverses combinaisons.

Les patients en fin de vie veulent rarement parler tout le temps de leur maladie ; ils ne souhaitent pas non plus se confier à toutes les personnes qu'ils rencontrent. Donnez-leur l'occasion de parler et écoutez-les attentivement, mais soutenez-les s'ils préfèrent s'en tenir à une conversation sociale.

Comprendre les désirs du patient sur le traitement en fin de vie est une responsabilité clinique importante. Même si les discussions sur la mort et la fin de vie sont difficiles, vous devez apprendre à poser des questions précises. Interrogez le patient sur le *DNR status* (*Do Not Resuscitate* : en français, « ne pas réanimer »). Découvrez le cadre de référence du patient : « Qu'avez-vous ressenti à l'occasion de la mort d'un ami proche ou d'un parent ? », « Que savez-vous sur la réanimation cardiorespiratoire ? ». Dites bien au patient que le soulagement de la douleur et la prise en compte de ses autres besoins spirituels et physiques seront des priorités.

Incitez tous les adultes, mais surtout les sujets âgés et les malades chroniques, à désigner *une personne de confiance ou un mandataire en matière de santé*, qui pourra intervenir à leur place dans les situations mettant en jeu le pronostic vital.

Aspects sociétaux et éthiques : l'humilité culturelle. Étant donné que vous soignerez des groupes de patients de plus en plus nombreux et divers, vous devez comprendre comment la culture forge non seulement les croyances des patients, mais aussi les nôtres. La *culture* est un système d'idées, règles et significations partagées, qui influence notre façon de voir le monde, de le ressentir affectivement et de nous comporter avec les gens. Le terme de

culture est plus large que celui d'*ethnie*. L'influence de la culture ne se limite pas aux minorités ; elle concerne chacun d'entre nous.

Les cliniciens sont de plus en plus incités à s'imprégner d'*humilité culturelle*, un « processus exigeant de l'humilité, où les individus se livrent continuellement à une réflexion sur eux-mêmes et à une autocritique en tant qu'apprentis permanents et praticiens réfléchis ». C'est un processus qui comprend « un difficile travail d'analyse des croyances et des valeurs des patients et des soignants afin de pointer les discordances et les synergies qui influent sur le devenir des patients ». Il amène le clinicien « à mettre en lumière les déséquilibres de pouvoir qui existent dans la dynamique de la communication entre le patient et le médecin » et à établir, dans le respect mutuel, un partenariat avec les patients et les communautés. Les trois points ci-dessous vous seront utiles.

- **Conscience de soi.** En tant que cliniciens, nous avons la tâche de prendre conscience de nos propres valeurs et préjugés. Les *valeurs* sont les étalons que nous utilisons pour mesurer nos opinions et nos comportements et ceux des autres. Les *préjugés* sont des attitudes ou des sentiments que nous lions à la perception de différences ; par exemple, le rapport au temps d'un individu, qui peut être un phénomène culturellement déterminé. Êtes-vous toujours à l'heure – une valeur positive dans la culture occidentale ? Ou avez-vous tendance à être un peu en retard ? Que ressentez-vous à l'égard des gens qui ont des habitudes opposées aux vôtres ? Réfléchissez au rôle de l'apparence physique. Vous trouvez-vous mince, moyen ou fort ? Que pensez-vous des gens qui ont des poids différents ?
- **Communication renforcée et connaissance du patient.** Gardez une attitude ouverte, respectueuse et interrogatrice : « Qu'attendez-vous de cette consultation ? » Si vous avez réussi à établir une relation de confiance avec eux, les patients seront désireux de vous instruire. Soyez prêt à admettre votre ignorance ou vos préjugés : « J'ai malencontreusement fait des suppositions erronées sur vous. Je m'en excuse. Voudriez-vous m'en dire plus sur vous et vos projets ? ».

Instruisez-vous sur les cultures différentes : faites quelques lectures ; allez voir des films tournés dans d'autres pays ; renseignez-vous sur les demandes de soins différentes.

- **Partenariat de collaboration.** Une communication fondée sur la confiance, le respect et une volonté de réexaminer les suppositions facilite l'expression par les patients d'inquiétudes qui vont à l'encontre de la culture dominante. En tant que clinicien, vous devez écouter et valider ces sentiments et ne pas laisser vos propres sentiments vous empêcher d'explorer des zones pénibles. Vous devez aussi pouvoir réexaminer vos croyances.

Sexualité dans les relations clinicien-patient. L'intensité émotionnelle et physique de la relation clinicien-patient peut faire naître des sentiments sexuels. Si l'on se rend compte de tels sentiments, on les acceptera comme une réaction humaine normale mais on fera attention, qu'une fois découverts, ils ne retentissent pas sur le comportement. Nier ces sentiments serait une réaction inadaptée. *Toute* relation sexuelle ou sentimentale avec des patients est *contraire à l'éthique* ; maintenez vos relations avec le patient dans des limites professionnelles et cherchez de l'aide si vous en ressentez le besoin.

Considérations éthiques. Voici les principes fondamentaux :

- **Non-malfaisance** ou *primum non nocere*, c'est-à-dire d'abord ne pas nuire.
- **Bienfaisance.** Le clinicien doit « faire du bien » au patient. Ses actions doivent être motivées par l'intérêt supérieur du patient.
- **Autonomie**, par laquelle le patient a le droit de décider ce qui est le mieux pour lui.
- **Confidentialité**, ce qui veut dire que nous sommes tenus de ne rien dire aux autres de ce que nous apprenons de nos patients.

Les principes de Tavistock guident le comportement en matière de soins des individus et des institutions.

LES PRINCIPES DE TAVISTOCK

- ✓ *Droits* : tous les gens ont droit à la santé et à des soins médicaux.
- ✓ *Équilibre* : l'individu est au centre des soins, mais la santé de la population est aussi notre souci.
- ✓ *Exhaustivité* : en plus de traiter la maladie, nous devons soulager la souffrance, réduire le handicap, prévenir la maladie et promouvoir la santé.
- ✓ *Coopération* : la réussite des soins est conditionnée par notre coopération avec les patients, les autres soignants et les autres intervenants.
- ✓ *Amélioration* : l'amélioration des soins de santé est une responsabilité importante et permanente.
- ✓ *Sécurité* : ne pas nuire.
- ✓ *Ouverture* : les soins de santé exigent ouverture, honnêteté et fiabilité.

Début de l'examen physique : examen général, signes vitaux et douleur

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Variations du poids.
- Fatigue et faiblesse.
- Fièvre, frissons, sueurs nocturnes.
- Douleur.

Variations du poids. De bonnes questions d'introduction sont : « Tous les combien vérifiez-vous votre poids ? », et « Comment est-il par rapport à l'année dernière ? »

- Une *prise de poids* survient quand l'apport calorique dépasse la dépense calorique pendant un certain temps. Elle peut aussi refléter l'accumulation de liquides dans le corps.
- Une *perte de poids* (ou amaigrissement) peut avoir plusieurs causes : diminution des ingesta alimentaires, dysphagie, vomissements et insuffisance des apports alimentaires, malabsorption de nutriments, augmentation des besoins métaboliques, et perte de nutriments *via* les urines, les selles ou la peau lésée. Recherchez des signes de malnutrition.

Fatigue et faiblesse. La *fatigue* est un symptôme non spécifique qui a de nombreuses causes. Posez des questions ouvertes pour explorer les attributs de la fatigue du patient et l'inciter à décrire complètement ce qu'il éprouve.

La *faiblesse* est différente de la fatigue. Elle indique une perte de force musculaire démontrable et sera discutée plus loin, avec les autres symptômes neurologiques.

Fièvre, frissons et sueurs nocturnes. Recherchez de la fièvre si le patient a une maladie aiguë ou chronique. Demandez au patient s'il a mesuré sa température avec un thermomètre. Faites la distinction entre une *sensation de froid*, subjective, et de *grands frissons*, au cours desquels le corps tremble et les dents claquent. Les *sueurs nocturnes* font craindre une tuberculose ou un cancer.

Centrez vos questions sur la chronologie du mal et les symptômes associés. Familiarisez-vous avec les tableaux des maladies infectieuses qui peuvent atteindre votre patient. Interrogez celui-ci sur ses voyages, des contacts avec des personnes malades ou d'autres expositions inhabituelles. Posez aussi des questions sur les médicaments pris, parce qu'ils peuvent provoquer de la fièvre. À l'inverse, l'ingestion récente d'aspirine, de paracétamol, de corticoïdes ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peut masquer la fièvre.

Douleur. Environ 70 millions d'Américains se plaignent de douleurs permanentes ou intermittentes, souvent sous-estimées. Adoptez l'approche exhaustive présentée p. 77-80.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Poids optimal, nutrition, et régime alimentaire.
- Exercice physique.

Poids optimal, nutrition et régime alimentaire. Moins de la moitié des adultes américains ont un poids correct (IMC ≥ 19 mais ≤ 25). L'obésité a augmenté dans toutes les catégories de la population. Plus de 50 % des diabétiques de type 2 et environ 20 % des sujets hypertendus ou hypercholestérolémiques sont trop gros ou obèses. L'augmentation de l'obésité chez les enfants va de pair avec celle du diabète infantile.

Les recommandations alimentaires dépendent de l'appréciation de la motivation et de la disposition du patient à perdre du poids et des facteurs de risque individuels. Les *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults* donnent les directives générales suivantes :

- une perte de poids de 10 % en 6 mois ou une restriction de 300 à 500 kcal/jour pour les gens dont l'IMC est entre 27 et 35 ;
- un objectif de perte de poids de 250 à 500 g/semaine, parce qu'une perte de poids plus rapide ne donne pas de meilleurs résultats à 1 an.

Exercice physique. Il est recommandé d'avoir une demi-heure d'activité modérée, comme une marche de 3 km en 30 minutes, ou son équivalent, la plupart des jours de la semaine. Les patients peuvent augmenter leur activité physique par des moyens aussi simples que se garer plus loin que leur place réservée au travail ou emprunter l'escalier au lieu de l'ascenseur.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

EXAMEN GÉNÉRAL

État de santé apparent

Malade de façon aiguë ou chronique ; frêle, robuste, vigoureux

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Niveau de conscience. Le patient est-il conscient, éveillé, réactif à vous et à autrui ?

Sinon, évaluez rapidement son niveau de conscience (voir p. 390)

Signes de détresse

Détresse cardiorespiratoire

Se tenant la poitrine, pâle, en sueur ; respiration pénible, sifflements, toux

Douleur

Grimaçant, transpirant, protégeant une zone douloureuse

Anxiété ou dépression

Visage anxieux, mouvements nerveux, paumes froides et moites ; affect pauvre, visage inexpressif, contact oculaire médiocre ; ralentissement psychomoteur

Coloration et lésions évidentes de la peau. Voir chapitre 6, « Peau et annexes », pour des détails.

Pâleur, cyanose, jaunisse, éruptions, ecchymoses

Habillement, toilette et hygiène personnelle

- Le patient porte-t-il des bijoux inhabituels ? Où ? A-t-il des piercings ?
- Notez sa chevelure, ses ongles, et l'utilisation de cosmétiques.

Mimique. Observez le contact oculaire. Est-il naturel ? Soutenu et sans cillements ? Rapidement détourné ? Absent ?

Regard fixe de l'hyperthyroïdie, affect pauvre ou triste de la dépression. Un contact diminué peut être culturel ou suggérer l'anxiété, la peur, ou la tristesse

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Odeurs du corps ou de l'haleine.

Les odeurs peuvent être des arguments diagnostiques importants.

Haleine de l'alcool, de l'acétone, de l'urémie, de l'insuffisance hépatique. Odeur fruitée du diabète. (Ne supposez jamais qu'une haleine alcoolisée suffit à expliquer des troubles mentaux ou neurologiques)

Posture, démarche et activité motrice

Préférence pour la position assise dans l'insuffisance ventriculaire gauche, et pour la position penchée en avant avec les bras croisés dans la maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO)

TAILLE ET POIDS

Taille. Mesurez la taille du patient sans chaussures. Notez sa carrure : athlétique ou normale, grande ou petite. Observez les proportions du corps.

Poids. Le patient est-il amaigri ? Replet ? S'il est obèse, la graisse a-t-elle une répartition centrale ou diffuse ? Pesez le patient sans ses chaussures.

Calculez l'*indice de masse corporelle (IMC)*, qui intègre des mesures estimées de la graisse corporelle plus précises que le poids seul.

Plus de 50 % des adultes américains sont en surpoids (IMC > 25), presque 25 % sont obèses (IMC > 30). Ces excès de poids sont des facteurs de risque avérés de diabète, maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), hypertension artérielle, arthrose, syndrome des apnées du sommeil et certains types de cancer

Méthodes de calcul de l'indice de masse corporelle (IMC)

Unité de mesure	Méthode de calcul
Poids en <i>livres (pounds)</i> , et taille en <i>pouces (inches)</i>	1. Table d'IMC (voir p. 71) 2. $\frac{\left(\frac{\text{Poids (livres)} \times 700^*}{\text{Taille (pouces)}} \right)}{\text{Taille (pouces)}}$
Poids en <i>kilogrammes</i> , et taille en <i>mètres carrés</i>	3. $\frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m}^2\text{)}}$
Pour les deux types d'unités	4. Calculateur d'IMC du site : www.nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm

* Plusieurs organismes utilisent 704,5 mais la différence d'IMC est négligeable.
Conversions : 2,2 livres = 1 kg ; 1,0 pouce = 2,54 cm ; 100 cm = 1 mètre.

Source : National Institutes of Health and National Heart, Lung and Blood Institute. Body Mass Index Calculator. Accessible sur : <http://www.nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm> (visité le 12/12/2007).

- Si l'IMC tombe *au-dessus de 25*, faites une enquête alimentaire rétrospective sur 24 heures et comparez les ingesta des différents groupes d'aliments et le nombre de portions par jour avec les recommandations actuelles. Ou choisissez un outil de dépistage et donnez des conseils appropriés ou adressez à un diététicien ou un nutritionniste
- Si l'IMC tombe *en dessous de 17*, pensez à la possibilité d'une anorexie mentale, d'une boulimie ou d'autres affections (voir tableau 4-1, p. 82-83).

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- Si l'IMC est ≥ 35 , mesurez le *tour de taille* juste au-dessus des hanches. Le patient peut avoir une adiposité si sa taille mesure plus de 88 cm pour une femme ou plus de 100 cm pour un homme

Table de l'indice de masse corporelle

Taille (en pouces)	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
	Poids (en livres)																
									Surpoids					Obésité			
58	91	96	100	105	110	115	119	124	129	134	138	143	148	153	158	162	167
59	94	99	104	109	114	119	124	128	133	138	143	148	153	158	163	168	173
60	97	102	107	112	118	123	128	133	138	143	148	153	158	163	168	174	179
61	100	105	111	116	122	127	132	137	143	148	153	158	164	169	174	180	185
62	104	109	115	120	126	131	136	142	147	153	158	164	169	175	180	185	191
63	107	113	118	124	130	135	141	145	152	158	163	169	174	180	185	191	197
64	110	116	122	128	134	140	145	151	157	163	169	174	180	185	192	197	204
65	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180	186	192	198	204	210
66	118	124	130	136	142	148	155	161	167	173	179	186	192	198	204	210	216
67	121	127	134	140	146	153	159	166	172	178	185	191	198	204	211	217	223
68	125	131	138	144	151	158	164	171	177	184	190	197	203	210	216	223	230
69	128	135	142	149	155	162	169	176	182	189	196	203	209	216	223	230	236
70	132	139	146	153	160	167	174	181	188	189	196	203	209	216	223	230	236
71	136	143	150	157	165	172	179	186	193	200	208	215	222	229	236	243	250
72	140	147	154	162	169	177	184	191	199	206	213	221	228	235	242	250	258
73	144	151	159	166	174	182	189	197	204	212	219	227	235	242	250	257	265
74	148	155	163	171	179	186	194	202	210	218	225	233	241	249	256	264	272
75	152	160	168	176	184	192	200	208	216	224	232	240	248	256	264	272	279
76	156	164	172	180	189	197	205	213	221	230	238	246	254	263	271	279	287

Source : Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults, National Institutes of Health and National Heart, Lung and Blood Institute. Juin 1998.

CONSTANTES VITALES : PRESSION ARTÉRIELLE, FRÉQUENCE CARDIAQUE, FRÉQUENCE RESPIRATOIRE ET TEMPÉRATURE

Pression artérielle (PA). Pour mesurer la PA avec précision, choisissez un brassard de taille appropriée et respectez une technique minutieuse.

CHOIX D'UN BRASSARD À TENSION CORRECT

- ✓ La largeur (petite dimension) de la chambre gonflable du brassard doit faire environ 40 % de la circonférence du bras (environ 12 à 14 cm chez un adulte moyen).
- ✓ La longueur (grande dimension) de la chambre gonflable doit faire environ 80 % de la circonférence du bras (presque le tour du bras).

PRÉPARATION À LA PRISE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

- ✓ Demandez au patient d'éviter de fumer et de boire des boissons caféinées dans les 30 minutes précédant la prise de la PA, et de rester au repos pendant au moins 5 minutes.
- ✓ Vérifiez que la pièce est calme et agréablement chauffée.
- ✓ Assurez-vous que le bras choisi est *dénudé*. Il ne doit pas y avoir de fistule artérioveineuse de dialyse, pas de cicatrice de dénudation de l'artère brachiale (ou humérale), ni de lymphœdème (qui se voit après un curage ganglionnaire de l'aisselle ou une radiothérapie).
- ✓ Palpez l'artère brachiale pour vérifier que son pouls existe bien.
- ✓ Positionnez le membre supérieur de telle sorte que l'artère brachiale, au pli du coude, soit *au niveau du cœur* – grossièrement au niveau du 4^e espace intercostal gauche, à sa jonction avec le sternum.
- ✓ Si le patient est assis, faites reposer le membre sur une table, un peu au-dessus de sa taille. S'il est debout, essayez de soutenir son bras à mi-poitrine.

TECHNIQUES D'EXAMEN

MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

- ✓ Centrez la chambre gonflable sur l'artère brachiale. Le bord inférieur du brassard doit être à environ 2,5 cm au-dessus du pli du coude. Fermez le brassard sans trop serrer le bras. Positionnez le membre du patient de telle sorte que le coude soit un peu fléchi.
- ✓ Pour déterminer jusqu'à quelle pression il faut gonfler le brassard, estimez d'abord la PA systolique par palpation. Quand vous percevez l'artère avec les doigts d'une main, gonflez rapidement le brassard jusqu'à ce que le pouls radial disparaisse. Lisez cette pression sur le manomètre et ajoutez-lui 30 mmHg. Utilisez cette somme comme valeur cible des gonflages ultérieurs, pour éviter l'inconfort dû à des pressions de gonflage trop élevées. Vous éviterez par la même occasion l'erreur due à un éventuel trou auscultatoire – un intervalle silencieux entre les PA systolique et diastolique.
- ✓ Dégonflez rapidement le brassard.
- ✓ À présent, placez le pavillon du stéthoscope légèrement au-dessus de l'artère humérale, en prenant soin de faire une poche d'air avec la totalité de son rebord. Étant donné que les bruits à entendre (les *bruits de Korotkoff*) sont relativement graves, on les entend mieux avec le **pavillon**.
- ✓ Regonflez rapidement le brassard jusqu'à la valeur déterminée, puis dégonflez-le lentement, à raison de 2 à 3 mmHg par seconde. Notez la valeur à laquelle vous entendez les bruits d'au moins deux battements consécutifs. C'est la **PA systolique**.
- ✓ Continuez à abaisser lentement la pression. Le point de disparition des bruits, habituellement quelques mmHg en dessous du point d'assourdissement, donne la meilleure estimation de la **PA diastolique**.
- ✓ Lisez les valeurs de la PA systolique et de la PA diastolique à 2 mmHg près. Attendez 2 minutes ou plus et recommencez. Faites la moyenne des valeurs. Si les deux premières valeurs diffèrent de plus de 5 mmHg, faites des mesures supplémentaires.
- ✓ Prenez la PA aux deux bras au moins une fois.
- ✓ Si le patient reçoit un traitement antihypertenseur ou a des antécédents d'évanouissements, d'étourdissements posturaux ou si une hypovolémie est possible, prenez la PA en décubitus dorsal et en position debout (sauf contre-indication). Une chute de la PA systolique de 20 mmHg ou plus, surtout si elle est symptomatique, indique une hypotension orthostatique (ou posturale).

En 2003, le *Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC) a distingué quatre niveaux de PA systolique et de PA diastolique.

Classification de la PA du JNC VII pour les adultes âgés de plus de 18 ans

Catégorie	PA systolique (mmHg)	PA diastolique (mmHg)
Normale	< 120	< 80
Préhypertension	120-139	80-89
Hypertension		
Stade 1	140-159	90-99
Stade 2	≥ 160	≥ 100

Notez que l'objectif de la pression artérielle est < 130/80 mmHg chez les hypertendus, les diabétiques et les malades rénaux.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Quand la PA systolique et la PA diastolique appartiennent à des catégories différentes, retenez la catégorie la plus haute. Par exemple, 170/92 mmHg est une hypertension de stade 2 ; 135/95 mmHg une hypertension de stade 1. Dans l'hypertension systolique isolée, la PA systolique est ≥ 140 mmHg et la PA diastolique < 90 mmHg.

Fréquence cardiaque (FC). On utilise en général le pouls radial pour compter la FC. Comprimez l'artère radiale avec la pulpe de l'index et du médium jusqu'à ce que vous détectiez une pulsation maximale. Si le rythme est régulier, comptez le pouls pendant 15 secondes et multipliez par 4. S'il est inhabituellement rapide ou lent, comptez-le pendant 60 secondes. S'il est irrégulier, évaluez la FC en auscultant à la pointe du cœur (battements cardiaques).



TECHNIQUES D'EXAMEN

Rythme cardiaque (RC). Palpez le pouls radial. Recontrôlez le RC en auscultant à la pointe du cœur. Le RC est-il régulier ou irrégulier ? S'il est irrégulier, essayez de reconnaître son type : 1. Des battements prématurés surviennent-ils sur un fond régulier ? 2. L'irrégularité est-elle liée à la respiration ? 3. Le RC est-il tout à fait anarchique ?

Fréquence (FR) et rythme respiratoires. Observez la *fréquence*, le *rythme*, l'*amplitude* et l'*aisance de la respiration*. Comptez le nombre de respirations sur 1 minute, par l'inspection ou par l'auscultation discrète de la trachée pendant l'examen de la tête et du cou ou du thorax. Normalement les adultes respirent 14 à 20 fois par minute, de façon calme et régulière.

Température. La *température buccale* moyenne, habituellement de 37 °C (ou 98,6 °F), fluctue beaucoup du matin à la fin de l'après-midi ou à la soirée. La *température rectale* est *plus élevée* que la température buccale d'environ 0,4 à 0,5 °C (ou 0,7 à 0,9 °F), mais varie aussi.

CONSTATATIONS POSSIBLES

La palpation d'un RC anarchique indique à coup sûr une *fibrillation auriculaire*. Pour l'identification de tous les autres RC irréguliers, un ECG est indispensable

Voir tableau 4-5, p. 86-87 :
« Anomalies de la fréquence et du rythme respiratoires »

La *fièvre* ou hyperthermie désigne une élévation de la température corporelle. On parle d'*hyperthermie* majeure pour les températures supérieures à 41 °C (106 °F) et d'*hypothermie* pour les températures anormalement basses, en dessous de 35 °C (95 °F), par voie rectale

En revanche, la *température axillaire est inférieure* à la température buccale d'environ 1 °C, mais il faut attendre 5 à 10 minutes avant de la lire et elle est moins précise que les autres mesures.

Température buccale : choisissez un thermomètre de verre ou un thermomètre électronique.

Thermomètre de verre : secouez le thermomètre pour abaisser le niveau à 35 °C (ou 96 °F) ou moins, placez-le sous la langue du patient et demandez à celui-ci de serrer les lèvres autour. Attendez 3 à 5 minutes, puis lisez-le ; replacez-le 1 minute et refaites une deuxième lecture. Évitez de le casser !

Thermomètre électronique : recouvrez soigneusement la sonde d'une protection à usage unique et placez le thermomètre sous la langue pendant environ 10 secondes.

Température tympanique : vérifiez l'absence de cérumen dans le conduit auditif externe. Placez la sonde dans le canal.

Les causes de *fièvre* comprennent l'infection, les traumatismes (intervention chirurgicale, écrasement), les cancers, les affections hématologiques (comme une anémie hémolytique aiguë), les réactions à des médicaments, et les affections immunitaires (comme les collagénoses)

La principale cause d'*hypothermie* est l'exposition au froid

TECHNIQUES D'EXAMEN

Attendez 2 à 3 secondes l'apparition de l'affichage. Cette technique mesure la température centrale du corps, qui est en général plus élevée que la température buccale d'environ 0,8 °C (ou 1,4 °F).

Température rectale : demandez au patient de se coucher sur un côté, les hanches fléchies. Choisissez un thermomètre rectal, lubrifiez son extrémité mince et enfoncez-le de 3 à 4 cm dans le canal anal, en direction de l'ombilic. Retirez-le au bout de 3 minutes et lisez. Vous pouvez aussi utiliser un thermomètre électronique après avoir lubrifié la protection de la sonde. Attendez une dizaine de secondes l'apparition de l'affichage digital pour relever la valeur.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Les autres facteurs favorisant sont une mobilité réduite, comme dans la paralysie, une vasoconstriction intercurrente, comme dans le sepsis et l'ivresse, le jeûne, l'hypothyroïdie et l'hypoglycémie. Les sujets âgés sont plus enclins à l'hypothermie et moins à la fièvre

TECHNIQUES D'EXAMEN

DOULEUR AIGUË ET CHRONIQUE

L'expérience de la douleur est complexe et multifactorielle. La douleur a des composantes sensorielles, émotionnelles et cognitives mais peut ne pas avoir de cause organique précise.

La *douleur chronique* est définie de plusieurs façons : une douleur qui n'est pas associée à un cancer ou à une autre affection médicale, et qui dure plus de 3 à 6 mois ; une douleur qui persiste plus de 1 mois après la guérison d'une maladie aiguë ou d'une blessure ; ou encore une douleur récidivant à plusieurs mois ou années de distance. Des douleurs chroniques non cancéreuses affectent 5 à 33 % des patients vus en soins primaires.

Adoptez une approche exhaustive pour comprendre la douleur du patient : écoutez soigneusement la description que le patient fait des caractéristiques de la douleur et de ses facteurs favorisants. Acceptez le récit du patient, qui est, d'après les experts, le meilleur indicateur de sa douleur.

Localisation. Demandez au patient de montrer du doigt la douleur, parce que les termes courants ne sont pas assez précis pour la localiser.

Intensité. Employez une méthode fiable pour déterminer l'intensité de la douleur.

TECHNIQUES D'EXAMEN

Trois échelles sont fréquemment utilisées : l'échelle visuelle analogique (EVA), et deux échelles avec des cotations de 1 à 10, l'échelle numérique et l'échelle des visages.

Signes associés. Demandez au patient de décrire la douleur et comment elle a commencé. Précisez les sept attributs de la douleur, comme vous le feriez pour tout autre symptôme.

Traitements essayés, médicaments, maladies liées, et impact sur les activités quotidiennes. N'oubliez pas de demander quels traitements le patient a essayés, à savoir les médicaments, la kinésithérapie, et les médecines alternatives. Un inventaire complet des médicaments pris vous permet de reconnaître ceux qui présentent des interactions avec les analgésiques et diminuent leur efficacité.

Identifiez toutes les comorbidités, telles que le rhumatisme, le diabète, l'infection à VIH/SIDA, les toxicomanies, la drépanocytose, ou les troubles psychiatriques. Elles peuvent avoir des effets importants sur l'expérience de la douleur du patient.

Disparités sanitaires. Ayez conscience des disparités dans le traitement de la douleur et l'accès aux soins, qui vont de l'utilisation moindre des analgésiques chez les Afro-Américains et les Hispaniques dans les services d'urgence à l'utilisation inégale des analgésiques dans le cancer, en postopératoire et dans les lombalgies. Les stéréotypes cliniques, les barrières linguistiques et les préjugés inconscients du clinicien dans la prise de décision contribuent à ces disparités. Analysez de façon critique votre mode de communication, cherchez des renseignements et les meilleurs standards de pratiques, et améliorez vos techniques d'éducation et de responsabilisation du patient.

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Notez les valeurs des constantes vitales que vous avez relevées au cours de votre examen. Elles sont préférables à celles relevées plus tôt par d'autres soignants (les abréviations sont communément admises pour la pression artérielle, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire).

Consigner l'examen physique : l'examen général et les signes vitaux

« Mme Scott est une femme jeune, apparemment bien portante, soignée, en forme et de bonne humeur. Taille = 1,62 m, poids = 61 kg, PA = 120/80, FC = 72, régulière, FR = 16, température = 37,5 °C. »

Ou

« M. Jean est un homme très âgé, qui paraît pâle et malade. Il est conscient, avec un bon contact oculaire, mais n'arrive pas à prononcer plus de deux à trois mots à la suite, parce qu'il est essoufflé. Il a un tirage intercostal et se tient droit dans le lit. Il est mince, avec une fonte musculaire diffuse. Taille = 1,87 m, poids = 79,5 kg, PA = 160/95, FC = 108, irrégulière, FR = 38, pénible, température = 38,4 °C. »

(Suggère une poussée de MPCO)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 4-1

Troubles du comportement alimentaire et IMC très bas

Anorexie mentale

Refus de maintenir un poids normal minimal (ou un IMC au-dessus de 17,5 kg/m²)

Peur de paraître gros

Jeûne fréquent mais nié ; manque de lucidité

Souvent amené par des membres de la famille

Peut se présenter comme une maigreur chez l'enfant et l'adolescent, une aménorrhée chez la femme, une perte de la libido ou une impuissance chez l'homme

Associée à des symptômes de dépression tels que humeur déprimée, irritabilité, isolement social, insomnie, libido diminuée

Arguments diagnostiques supplémentaires : vomissements provoqués ou purges, exercice physique excessif, prise d'anorexigènes et/ou de diurétiques

Complications biologiques :

- *modifications neurohormonales* : aménorrhée, perturbations hormonales
- *troubles cardiovasculaires* : bradycardie, hypotension, arythmies, cardiomyopathie

Boulimie

Excès de table répétés, suivis de vomissements provoqués, de prise de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments, de jeûne ou d'excès d'exercice physique

Souvent avec un poids normal

Excès alimentaires au moins 2 fois par semaine sur une période de 3 mois ; grande quantité de nourriture consommée sur une période brève (≈ 2 heures)

Obsession de l'alimentation : besoins impérieux de manger et compulsions alimentaires ; périodes de suralimentation alternant avec des périodes de jeûne

Hantise de l'excès de poids mais peut être obèse

Deux formes cliniques :

- *avec purges* : épisodes de boulimie avec vomissements provoqués ou utilisation de laxatifs, diurétiques ou lavements
- *sans purges* : épisodes de boulimie avec des activités de compensation telles que le jeûne, l'exercice physique mais pas de purges



TABLEAU 4-1

Troubles du comportement alimentaire et IMC très bas (*suite*)

Anorexie mentale

- *troubles métaboliques*: hypokaliémie, hypochlorémie, alcalose métabolique, hyperazotémie, œdème

Autres: peau sèche, caries dentaires, évacuation gastrique retardée, constipation, anémie, ostéoporose

Boulimie

Complications biologiques: voir celles énumérées pour l'anorexie mentale

Source : World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva : World Health Organization, 1993 ; American Psychiatric Association. DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000. Halmi KA : Eating disorders: *In* : Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2000 : 1663-76.

TABLEAU 4-2

Check-list pour le dépistage nutritionnel

J'ai une maladie ou une affection qui m'a fait changer la nature et/ou la quantité de la nourriture que je mange	Oui (2 pts) _____
Je fais moins de 2 repas par jour	Oui (3 pts) _____
Je mange peu de fruits ou de légumes, ou de produits laitiers	Oui (2 pts) _____
Je bois 3 verres ou plus de bière, alcool ou vin presque tous les jours	Oui (2 pts) _____
J'ai des problèmes dentaires ou buccaux qui me gênent pour manger	Oui (2 pts) _____
Je n'ai pas toujours assez d'argent pour m'acheter la nourriture dont j'ai besoin	Oui (4 pts) _____
Je mange seul la plupart du temps	Oui (1 pt) _____
Je prends 3 médicaments ou plus – prescrits ou non – par jour	Oui (1 pt) _____
Sans le vouloir, j'ai perdu ou pris 5 kg au cours des 6 derniers mois	Oui (2 pts) _____
Je ne suis pas toujours capable de faire les courses, cuisiner et/ou m'alimenter seul	Oui (2 pts) _____
	TOTAL _____

Instructions : cochez « oui » pour chaque condition que vous remplissez et faites le total (score nutritionnel). Pour les scores compris entre 3 et 5 points (risque modéré) et supérieurs ou égaux à 6 (risque élevé), une évaluation plus poussée est nécessaire (surtout chez le sujet âgé).

Source : American Academy of Family Physicians. The Nutrition Screening Initiative. Accessible à : www.aafp.org/PreBuilt/NSI_DETERMINE.pdf. Visité le 23/01/2008.

TABLEAU 4-3

Conseils nutritionnels : les sources de nutriments

Nutriment	Source alimentaire
Calcium	Produits laitiers tels que yaourts, lait, fromages naturels Céréales du petit-déjeuner, jus de fruits supplémentés en calcium Légumes à feuilles vert foncé, tels que choux, navets
Fer	Fruits de mer Viande maigre, escalope de dinde Céréales supplémentées en fer Épinards, petits pois, lentilles Pain entier et enrichi
Acide folique	Haricots secs et petits pois cuits Oranges, jus d'orange Légumes à feuilles vert foncé
Vitamine D	Lait (enrichi) Œufs, beurre, margarine Céréales (enrichies)

Source : d'après Dietary Guidelines Committee. 2000 Report. Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans. Washington, DC : Agricultural Research Service, U.S. Department of Agriculture, 2000.

TABLEAU 4-4

Patients hypertendus : recommandations alimentaires

Modifications du régime

Source alimentaire

Augmenter les aliments riches en potassium

Pommes de terre et patates douces bouillies, légumes cuits, tels que les épinards
Bananes (fruits et légumes), fruits secs, jus d'orange

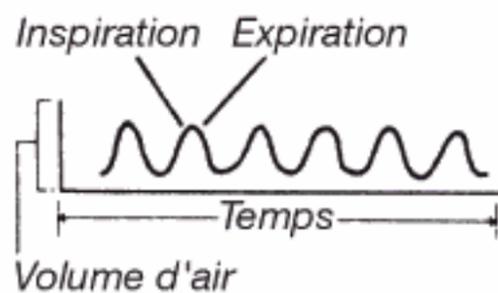
Diminuer les aliments riches en sodium

Conserves alimentaires (soupes, thon)
Bretzels, frites, conserves au vinaigre, olives
Aliments conditionnés (plats surgelés, ketchup, moutarde)
Aliments frits
Sel de table, y compris pour la cuisson

Source : d'après Dietary Guidelines Committee. 2000 Report. Nutrition and Your Health : Dietary Guidelines for Americans. Washington, DC : Agricultural Research Service, U.S. Department of Agriculture.

TABLEAU 4-5

Anomalies de la fréquence et du rythme respiratoires



Normal. Chez l'adulte, 14 à 20 fois par minute ; chez le petit nourrisson, jusqu'à 44 par minute

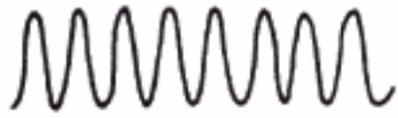


Respiration rapide et superficielle (tachypnée). Nombreuses causes, dont les maladies pulmonaires restrictives, la douleur pleurale et la surélévation du diaphragme



TABLEAU 4-5

Anomalies de la fréquence et du rythme respiratoires (suite)



Respiration rapide et ample (hyperpnée, hyperventilation). Nombreuses causes, dont l'exercice physique, l'anxiété, l'acidose métabolique, l'atteinte du tronc cérébral. La *respiration de Kussmaul*, due à une acidose métabolique, est ample mais peut être rapide, lente ou normale



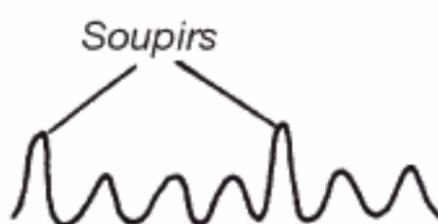
Respiration lente (bradypnée). Peut être due à un coma diabétique, une dépression respiratoire d'origine médicamenteuse, une hypertension intracrânienne



Respiration de Cheyne-Stokes. Alternance rythmique de périodes d'hyperpnée et d'apnée. Peut être normale pendant le sommeil, chez les petits nourrissons et les personnes âgées ; se voit aussi dans les lésions cérébrales, l'insuffisance cardiaque, l'urémie et la dépression respiratoire d'origine médicamenteuse



Respiration ataxique (de Biot). Irrégularité imprévisible de la fréquence et de l'amplitude. Les causes comprennent les lésions cérébrales et la dépression respiratoire



Respiration suspicieuse. Respiration entrecoupée de nombreux soupirs. Associée à d'autres symptômes, elle suggère un syndrome d'hyperventilation. Des soupirs épisodiques sont normaux

État mental et comportement

Une écoute empathique et une observation fine donnent un aperçu exceptionnel sur les idées, les inquiétudes et les habitudes du patient. Cependant, les cliniciens passent souvent à côté des signes de maladie mentale et des comportements anormaux des patients. La prévalence des troubles mentaux est de 30 % dans la population des États-Unis, mais seulement environ 20 % des sujets affectés reçoivent un traitement. De plus, pour les patients qui sont pris en charge en soins primaires, il semble que le traitement ne soit conforme aux recommandations que dans moins de 50 % des cas.

Fréquemment des patients ont plus d'un trouble mental, avec des symptômes qui simulent des maladies organiques. Il est conseillé aux cliniciens de rechercher une dépression ou une anxiété chez les patients toxicomanes, et un abus de substances chez les patients déprimés ou anxieux. Les « patients difficiles » sont souvent des patients qui ont plusieurs symptômes inexpliqués et des affections psychiatriques sous-jacentes accessibles à un traitement. Sans progrès dans les « doubles diagnostics », la santé, le fonctionnement et la qualité de vie des patients sont menacés.

TROUBLES MENTAUX ET SYMPTÔMES INEXPLIQUÉS EN SOINS PRIMAIRES

Troubles mentaux en soins primaires

- ✓ Environ 20 % des patients externes vus en soins primaires ont des troubles mentaux, mais 50 à 75 % de ces troubles ne sont ni diagnostiqués ni traités.

(suite)

- ✓ En soins primaires, les troubles mentaux ont une prévalence approximative de :
 - anxiété : 20 % ;
 - troubles de l’humeur (dysthymie, troubles dépressifs et bipolaires) : 25 % ;
 - dépression : 10 % ;
 - troubles somatoformes : 10 à 15 % ;
 - abus d’alcool et de substances : 15 à 20 %.

Symptômes expliqués et inexpliqués

- ✓ Les symptômes physiques rendent compte d’environ la moitié des consultations dans un cabinet médical.
- ✓ Approximativement un tiers des symptômes physiques sont inexpliqués. Chez 20 à 25 % des patients, les symptômes physiques deviennent chroniques ou récidivants.
- ✓ Chez les patients qui présentent des *symptômes médicalement inexpliqués*, la prévalence de la dépression et de l’anxiété dépasse 50 % et elle augmente avec le nombre de symptômes physiques rapportés, ce qui fait de leur détection et du « double diagnostic » des objectifs cliniques importants.

Source : Anseau M, Dierick M, Buntinx F *et al.* High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004 ; 78 (1) : 49-55 ; Kroenke K. The interface between physical and psychological symptoms. *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 2003 ; 5 (Suppl 7) : 11-8 ; Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints : epidemiology, psychiatric comorbidity, and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003 ; 12 (1) : 34-43 ; Kroenke K, Sharpe M, Sykes R. Revising the classification of somatoform disorders : key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics* 2007 ; 48 (4) : 277-85 ; Kroenke K, Spitzer RL, deGruy *et al.* A symptom checklist for screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics* 1998 ; 39 (3) : 263-72 ; Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW *et al.* Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD—the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999 ; 282 (18) : 1737-44 ; Staab JP, Datto CJ, Weinreig RM *et al.* Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin N Am* 2001 ; 85 (3) : 579-96.

Des affections inexpliquées durant plus de 6 semaines sont de plus en plus souvent reconnues comme des pathologies chroniques qui doivent susciter un dépistage de la dépression et/ou de l’anxiété. Les experts recommandent des questions de dépistage à sensibilité et spécificité élevées pour les patients à risque, suivies d’une exploration plus approfondie si c’est indiqué. Plusieurs groupes de patients justifient un dépistage bref parce qu’ils ont des taux élevés de dépression et d’anxiété associées.

IDENTIFIANTS DU PATIENT POUR LE DÉPISTAGE DES TROUBLES MENTAUX

- ✓ Symptômes physiques médicalement inexpliqués. Plus de la moitié va de pair avec des troubles dépressifs ou anxieux.
- ✓ Symptômes physiques ou somatiques multiples (patient « poly-symptomatique »).
- ✓ Grande sévérité des symptômes somatiques.
- ✓ Douleur chronique.
- ✓ Symptômes durant plus de 6 semaines.
- ✓ Rencontre jugée « difficile » par le praticien.
- ✓ Stress récent.
- ✓ Dépréciation de la santé.
- ✓ Recours fréquent aux services de santé.
- ✓ Abus de substances.

Source : Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints : epidemiology, psychiatric comorbidity, and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003 ; 12 (1) : 34-43 ; Kroenke K. The interface between physical and psychological symptoms. *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 2003 ; 5 (Suppl 7) : 11-8.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Modifications de l'attention, de l'humeur ou de la parole.
- Modifications de la compréhension intuitive (*insight*), du jugement, de l'orientation ou de la mémoire.
- Anxiété, panique, comportements ritualistes et phobies.
- Délire ou démence.

Votre évaluation de l'état mental débute avec les premiers mots de l'entrevue. Tout en recueillant les antécédents du patient, vous apprécierez rapidement son niveau de *vigilance* et d'*orientation*, son *humeur*, son *attention* et sa *mémoire*. Vous aurez des indications sur sa *compréhension intuitive (insight)* et son *jugement*, ainsi que sur ses *pensées et perceptions inhabituelles ou récurrentes*.

De nombreux termes utilisés pour décrire l'examen de l'état mental appartiennent au langage courant. Prenez le temps d'apprendre leur signification exacte dans le cadre de l'évaluation de l'état mental.

TERMINOLOGIE : L'EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL

Niveau de conscience Vigilance ou état de perception de l'environnement.

Attention Capacité à se concentrer un certain temps sur une tâche ou une activité.

Mémoire Processus d'enregistrement et de stockage de l'information. La *mémoire récente* ou à *court terme* porte sur des minutes, des heures ou des jours ; la *mémoire lointaine* ou à *long terme* porte sur des années.

Orientation Connaissance de son identité, du temps et du lieu ; nécessite mémoire et attention.

Perceptions Expérience sensible des objets de l'environnement et de leurs interrelations ; désigne aussi des stimuli internes (par exemple : les rêves et les hallucinations).

Processus de la pensée La logique, la cohérence et la pertinence des pensées du patient, ou *comment* les gens pensent.

Contenu de la pensée *Ce que* les gens pensent. Inclut la compréhension intuitive et le jugement.

(suite)

<i>Compréhension intuitive (insight)</i>	Conscience que des symptômes ou des troubles du comportement sont normaux ou anormaux.
<i>Jugement</i>	Processus de comparaison et d'évaluation des alternatives ; reflète des valeurs qui peuvent être fondées ou non sur la réalité et les conventions sociales ou normes.
<i>Affect</i>	Une tonalité émotionnelle, observable, habituellement transitoire, qui s'exprime par la voix, la mimique et le comportement.
<i>Humeur</i>	Un état émotionnel plus durable, qui colore la vision du monde qu'a une personne (l'humeur est à l'affect ce que le climat est au temps).
<i>Langage</i>	Un système symbolique complexe d'expression, de réception et de compréhension des mots ; essentiel pour évaluer les autres fonctions mentales.
<i>Fonctions cognitives supérieures</i>	Évaluées par le vocabulaire, le fonds de connaissances, la pensée abstraite, le calcul, la construction d'objets à deux ou trois dimensions.

Évaluez le *niveau de conscience*, l'*aspect général* et l'*humeur*, la *capacité à faire attention*, le *souvenir*, *comprendre* et *parler*.

Appréciez les réactions du patient à la maladie et aux circonstances de la vie, qui vous renseignent souvent sur sa *compréhension intuitive* et son *jugement*. Testez son *orientation* et sa *mémoire*.

Voir tableau 5-2 : « Troubles de l'humeur », p. 105-106

Explorez les pensées, préoccupations, croyances ou perceptions inhabituelles, qui se manifestent au cours de l'entrevue.

Tous les patients qui ont des lésions cérébrales suspectées ou démontrées, des troubles psychiatriques, ou chez lesquels des membres de la famille rapportent des troubles du comportement nouveaux ou vagues, justifient une évaluation complémentaire.

Voir tableau 5-3 : « Troubles anxieux », p. 107-108, et tableau 5-4 : « Troubles psychotiques sélectionnés », p. 109

Voir tableau 20-1 : « Délire et démence », p. 495-496

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Dépistage de la dépression et de la tendance suicidaire.
- Dépistage de l'abus d'alcool ou de substances.

Dépression. Aux États-Unis, la prévalence de la *dépression majeure*, remplissant les critères d'un diagnostic formel, est d'environ 16 % sur la durée d'une vie, et d'environ 6 % sur une année. Les médecins généralistes passent à côté d'une dépression majeure chez près de 50 % des patients atteints, souvent par méconnaissance des signes précoces que sont la *faible estime de soi*, l'*anhédonie* (ou manque de plaisir dans les activités de la vie quotidienne), les *troubles du sommeil*, et les *difficultés à se concentrer et à prendre des décisions*. La méconnaissance du diagnostic de dépression peut avoir des conséquences fatales : les taux de suicide chez les patients

ayant une dépression majeure sont huit fois plus élevés que dans la population générale. Demandez : « Au cours des semaines écoulées, vous êtes-vous senti à plat, déprimé ou désespéré ? », et « Au cours des deux semaines écoulées, avez-vous pris peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ? »

Suicide. Les taux de suicide les plus élevés se voient chez les hommes de plus de 85 ans et ils sont en augmentation chez les adolescents et les adultes jeunes. Plus de la moitié des patients qui sont passés à l'acte ont consulté leur médecin le mois précédent. Plus de 90 % des gens décédés avaient une dépression ou d'autres troubles mentaux ou étaient toxicomanes. Les facteurs de risque comprennent les idées, intentions ou projets de suicide ou d'homicide, l'accès à des moyens de suicide, des symptômes actuels de psychose ou d'anxiété grave, tout antécédent de maladie psychiatrique (notamment avec hospitalisation), la toxicomanie, les troubles de la personnalité, et les antécédents personnels ou familiaux de suicide. Les patients ayant de tels facteurs de risque doivent être immédiatement adressés en psychiatrie et, éventuellement, hospitalisés.

Abus d'alcool et de substances. Les interactions et la co-occurrence de l'abus d'alcool/de substances et des troubles mentaux et du suicide sont étendues. L'alcool, le tabac et les drogues illégales sont responsables de plus de maladies, de décès, et d'invalidités que toute autre affection évitable. Aux États-Unis, sur la durée d'une vie, les prévalences de la consommation d'alcool et de drogues sont de 13 % et 3 %, respectivement. D'après des études américaines récentes, 8 % des sujets de 12 ans et plus, soit 19 millions de personnes, rapportent avoir consommé des drogues illégales au cours du mois écoulé. On estime que 3 % d'entre elles abusent ou sont dépendantes de ces drogues ; il s'agit de la marijuana (ou cannabis) dans 60 % des cas. Étant donné que le dépistage de la consommation d'alcool et de drogues fait partie de l'anamnèse de tous les patients, les renseignements sur ce dépistage se trouvent au chapitre 3 : « Entrevue et antécédents ».

TECHNIQUES D'EXAMEN

Points importants de l'examen

- Aspect et comportement.
- Parole et langage.
- Humeur.
- Pensées et perceptions.
- Fonctions cognitives, à savoir mémoire, attention, connaissances et vocabulaire, calcul, pensée abstraite, et capacité de construction.

Observez l'état mental du patient tout au long de votre échange. **Testez** des fonctions particulières si c'est indiqué, au cours de l'interrogatoire et de l'examen physique.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

ASPECT ET COMPORTEMENT

Évaluez les points suivants :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>niveau de conscience</i>. Observez la vigilance et la réactivité à des stimuli verbaux ou tactiles | <p>Conscience normale, léthargie, obnubilation, coma (voir p. 389-390)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>posture et comportement moteur</i>. Observez la vitesse, l'amplitude, le caractère et l'adaptation des mouvements | <p>Agitation, attitudes bizarres, immobilité, mouvements involontaires</p> |

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- *habillement, toilette et hygiène personnelle*
- *mimiques. Appréciez-les au repos et dans l'échange*
- *manières, affect, et relations avec les gens et les objets*

Méticulosité exagérée, négligence

Anxiété, dépression, exaltation, colère, réactions à des personnes ou à des objets imaginaires, retrait

PAROLE ET LANGAGE

Notez l'abondance, le débit, la force, la clarté et la fluidité de la parole. Si c'est indiqué, étudiez une aphasie.

Aphasie, dysphonie, dysarthrie, modifications dans les troubles de l'humeur

Tester l'aphasie

Compréhension des mots	Demandez au patient d'exécuter un ordre simple, tel que : « Montrez-moi votre nez ? » Essayez une double commande : « Montrez-moi votre bouche puis votre genou ? »
Répétition	Demandez au patient de répéter une phrase de mots monosyllabiques (ce qui est le plus difficile en matière de répétition) : « Pas de si, de et, ni de mais »
Dénomination	Demandez au patient de nommer les différentes parties d'une montre
Compréhension de la lecture	Demandez au patient de lire un paragraphe à voix haute
Écriture	Demandez au patient d'écrire une phrase

HUMEUR

Posez des questions sur l'état d'esprit du patient. Notez la nature, l'intensité, la durée et la stabilité de toute humeur anormale. Si c'est indiqué, évaluez le risque de suicide.

Contentement, exaltation, dépression, anxiété, colère, indifférence

PENSÉE ET PERCEPTIONS

Processus de la pensée. Évaluez la logique, la pertinence, l'organisation et la cohérence de la pensée.

« Dérapages », fuite des idées, incohérence, fabulation, blocage

Contenu de la pensée. Posez des questions sur et explorez les pensées inhabituelles ou désagréables.

Obsessions, compulsions, délires, impressions d'irréalité

Perceptions. Recherchez des perceptions inhabituelles (par exemple : voir ou entendre des choses).

Illusions, hallucinations

Compréhension intuitive et jugement. Appréciez la compréhension de la maladie et le niveau de jugement servant à prendre des décisions ou à faire des projets.

Reconnaissance ou déni de la maladie causant les symptômes ; jugement bizarre, impulsif ou irréaliste

FONCTIONS COGNITIVES

Si c'est indiqué, évaluez :

L'orientation dans le temps, l'espace et la personne.

L'attention :

- *suite de chiffres* : capacité à répéter une série de nombres « à l'endroit » et « à l'envers »
- *série de 7* : capacité à soustraire des 7, de façon répétée, en partant de 100
- *épeler à l'envers* un mot de cinq lettres, tel que M-O-N-D-E

La mémoire lointaine (par exemple : dates d'anniversaire, numéro de Sécurité sociale, écoles, emplois, guerres).

La mémoire récente (par exemple : événements du jour).

La capacité d'apprentissage : capacité à répéter trois ou quatre mots après quelques minutes d'une activité sans rapport.

Désorientation

Une mauvaise performance à ces tests est fréquente dans la démence et le délire, mais peut avoir d'autres causes

Altérée aux stades tardifs de la démence

Mémoire récente et capacité de retenir des choses nouvelles altérées dans la démence, le délire et les troubles mnésiques

FONCTIONS COGNITIVES SUPÉRIEURES

Si c'est indiqué, évaluez :

Les connaissances et le vocabulaire. Notez l'étendue et la précision des connaissances du patient, la complexité des idées qu'il exprime et le vocabulaire qu'il utilise. Pour le bagage intellectuel, vous pouvez aussi demander des noms de présidents, d'hommes politiques ou de grandes villes.

Les capacités de calcul, telles que l'addition, la soustraction et la multiplication.

Le raisonnement abstrait : capacité à répondre à des questions portant sur :

- la signification de *proverbes*, comme « tout vient à point à qui sait attendre »
- les *analogies* entre des êtres ou des objets, comme un chat et une souris ou un piano et un violon

La capacité de construction.

Demandez au patient de :

- copier des figures, telles qu'un cercle, une croix, un losange ou un cube, ou deux pentagones qui se recoupent

Ces attributs reflètent l'intelligence, l'instruction et le fonds culturel. Ils sont limités par un retard mental, mais assez bien conservés dans la démence au début

Mauvaise performance dans le retard mental et la démence

Des réponses concrètes (portant sur des détails observables plutôt que sur des concepts) sont fréquentes dans le retard mental, la démence et le délire. Les réponses sont parfois bizarres dans la schizophrénie

Capacité fréquemment altérée dans la démence et les lésions du lobe pariétal

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- ou dessiner le cadran d'une montre, avec les chiffres des heures et les aiguilles

→ TECHNIQUES SPÉCIALES

Examen de l'état mental minimal (*Minimal Mental State Examination*, ou MMSE). Ce test rapide est utile pour dépister un dysfonctionnement cognitif ou une démence et pour suivre leur évolution. Voici quelques exemples de questions.

QUELQUES ITEMS DU MMSE

Orientation dans le temps

- ✓ « Quel jour sommes-nous ? »

Enregistrement

- ✓ « Écoutez attentivement, je vais prononcer trois mots. Vous devrez les répéter après moi. Prêt ? Voilà, ce sont...
- ✓ MAISON (pause), VOITURE (pause), LAC (pause). Maintenant répétez-les. » (Faites répéter ces mots jusqu'à 5 fois, mais ne cotez que le premier essai)

Dénomination

- ✓ « Qu'est-ce que c'est ? » (Désignez un crayon ou un stylo)

Lecture

- ✓ « S'il vous plaît, lisez ceci et faites ce qui est dit. » (Montrez les mots sur le formulaire)
- ✓ FERMEZ LES YEUX

Reproduit avec la permission de l'éditeur, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, tiré du *Mini-Mental State Examination*, de Marshal Folstein et Susan Folstein, copyright 1975, 1998, 2001, par Mini Mental LLC, Inc. Publié en 2001 par Psychological Assessment Resources, Inc. Toute autre reproduction est interdite sans l'autorisation de PAR, Inc.

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner le comportement et l'état mental

« *État mental* : le patient est vigilant, soigné, de bonne humeur. Sa parole est fluide et ses mots distincts ; sa pensée est cohérente et sa compréhension bonne. Il est orienté dans le temps, l'espace et les personnes. Série de 7 juste ; mémoire récente et lointaine intactes. Calculs justes. »

Ou

« *État mental* : le patient semble triste et fatigué ; ses vêtements sont froissés. Il parle lentement, entre ses dents. Sa pensée est cohérente, mais il a une compréhension limitée de ses ennuis actuels. Il est orienté dans le temps, l'espace et les personnes. Suites de chiffres et série de 7 justes, mais délai de réponse. Le dessin de l'horloge est satisfaisant. »

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 5-1

Troubles somatoformes : types et approche

Recommandations pour la prise en charge des patients qui ont des symptômes médicalement inexpliqués

Aspects généraux

Montrez de l'empathie et de la compréhension pour les plaintes et les frustrations éprouvées par le patient (par exemple, expliquez-lui que des symptômes médicalement inexpliqués sont fréquents).

Développez une bonne relation patient-médecin ; essayez d'être le coordinateur des explorations diagnostiques et des soins.

Diagnostic

Explorez non seulement l'histoire des symptômes et des traitements antérieurs, mais aussi la perturbation, l'anxiété et les problèmes psychosociaux.

Utilisez des tests de dépistage et des autoquestionnaires comme outils de détection bon marché ; utilisez des agendas de symptômes pour préciser l'évolution et les facteurs qui influent sur les symptômes.

Si le patient présente un nouveau symptôme, examinez l'appareil concerné.

Montrez les résultats des explorations pour expliquer l'absence de pathologie organique et pour rassurer le patient sur l'absence de maladie grave.

Évitez les examens complémentaires et les interventions chirurgicales inutiles.



TABLEAU 5-1

Troubles somatoformes : types et approche (*suite*)

Traitement

Donnez des rendez-vous de consultation réguliers (par exemple, toutes les 4-6 semaines), surtout si le patient est un grand utilisateur du système de santé.

Expliquez que le traitement sert à « vivre avec », pas à guérir (quand une pathologie organique ne peut être découverte ou qu'elle n'explique pas l'intensité des symptômes).

Proposez des stratégies d'ajustement (« coping ») telles qu'une activité physique régulière, la relaxation, les loisirs.

Envoi au spécialiste

S'il est nécessaire d'adresser le patient à un spécialiste pour commencer une psychothérapie ou un traitement psychopharmacologique, préparez-le au traitement et rassurez-le sur le fait que vous resterez « son médecin ».

Source : Reif W, Martin A, Rauh E *et al.* Evaluation of general practitioners' training : how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics* 2006 ; 47 (4) : 304-11.

TABLEAU 5-2

Troubles de l'humeur

Épisode dépressif majeur

Au moins cinq des symptômes énumérés ci-dessous (dont un des deux premiers) doivent être présents pendant 2 semaines d'affilée ; ils doivent représenter une modification de l'état antérieur de la personne.

- Humeur dépressive (possible irritabilité chez les enfants et les adolescents) la plus grande partie de la journée, presque chaque jour
- Intérêt ou plaisir nettement diminué pour presque toutes les activités, la plus grande partie de la journée, presque chaque jour
- Prise ou perte de poids significative (sans régime), ou appétit augmenté ou diminué presque chaque jour
- Insomnie ou hypersomnie, presque chaque jour
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque chaque jour
- Fatigue ou manque d'énergie presque chaque jour
- Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité sans raison presque chaque jour
- Incapacité à réfléchir ou à se concentrer ou indécision presque chaque jour
- Idées récurrentes de mort ou de suicide ou un plan pour une tentative de suicide

Épisode maniaque

Une période distincte d'humeur anormalement et durablement exaltée, expansive ou irritable, qui dure 1 semaine au minimum (durée quelconque si une hospitalisation est nécessaire). Pendant ce temps, il faut au moins trois des symptômes énumérés ci-dessous, de façon persistante et significative (quatre sont nécessaires si l'humeur est seulement irritable).

- Estime de soi démesurée ou folie des grandeurs
- Diminution du besoin de sommeil (se sent frais et dispos après 3 heures de sommeil)
- Loquacité inhabituelle ou monopolisation de la parole
- Fuite des idées ou précipitation des pensées
- Distraction accrue
- Hyperactivité dans un but précis (socialement, au travail ou à l'école, ou sexuellement) ou agitation psychomotrice
- Intérêt excessif pour des activités agréables à risque élevé (par exemple : achats extravagants, entreprises déraisonnables, écarts sexuels)



TABLEAU 5-2

Troubles de l'humeur (*suite*)**Épisode dépressif majeur**

Ces symptômes provoquent une souffrance importante et perturbent les activités sociales, professionnelles et autres. Dans les cas graves, peuvent survenir des hallucinations et des délires.

Épisode maniaque

Le trouble est assez grave pour perturber les relations et les activités sociales et professionnelles. Une hospitalisation peut être nécessaire pour protéger le sujet ou autrui. Dans les cas graves peuvent survenir des hallucinations et des délires.

Épisode mixte

Un épisode mixte, dont la durée est de 1 semaine au minimum, remplit les critères des épisodes dépressifs et maniaques majeurs.

Épisode hypomaniaque

L'humeur et les symptômes ressemblent à un épisode maniaque, mais sont moins perturbants, ne nécessitent pas d'hospitalisation, ne comprennent pas d'hallucinations ni de délires et durent moins longtemps (4 jours).

Dysthymie

Une humeur dépressive et des symptômes la plus grande partie de la journée, au moins un jour sur deux, pendant au moins 2 ans (1 an chez les enfants et les adolescents). Les intervalles libres ne durent pas plus de 2 mois d'affilée.

Cyclothymie

Nombreuses périodes de symptômes dépressifs et hypomaniaques pendant au moins 2 ans (1 an chez les enfants et les adolescents). Les intervalles libres durent moins de 2 mois d'affilée.

Les tableaux 5-2, 5-3 et 5-4 sont fondés sur le DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition, texte révisé ; Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000). Pour plus de détails, le lecteur est invité à consulter ce manuel, son successeur ou des traités de psychiatrie.

TABLEAU 5-3

Troubles anxieux

Panique. Accès de paniques récidivants, imprévus, dont au moins un a été suivi, pendant un mois ou plus, de la crainte persistante de nouveaux accès, de soucis à propos de leurs implications et de leurs conséquences, ou de modifications significatives du comportement en rapport avec les accès.

Une *attaque de panique* est une période discontinue de peur ou de malaise intense, qui apparaît brusquement et atteint son maximum en 10 minutes. Elle comprend au moins quatre des symptômes suivants : (1) palpitations, cœur qui bat très fort ou tachycardie, (2) sueurs, (3) tremblements, (4) respiration courte ou suffocation, (5) impression d'étranglement, (6) douleur ou gêne thoracique, (7) nausées ou douleurs abdominales, (8) sensations de vertiges, instabilité, tête vide ou évanouissement, (9) sensation d'irréalité ou de dépersonnalisation, (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, (11) peur de mourir, (12) paresthésies (engourdissement, fourmillements), (13) frissons ou bouffées de chaleur.

Agoraphobie. Anxiété de se trouver dans des endroits ou des situations d'où la fuite sera difficile, gênante, ou une aide pour des symptômes brusques, indisponible. De telles situations sont évitées, nécessitent un accompagnateur, ou entraînent une anxiété marquée.

Phobies spécifiques. Une peur marquée, persistante, excessive ou déraisonnable provoquée par la présence ou l'anticipation d'un objet ou d'une situation particulière, comme les chiens, les piqûres, les voyages en avion. Le sujet reconnaît que sa peur est excessive ou déraisonnable, mais son exposition à l'agent déclenche immédiatement l'anxiété. L'évitement et la peur perturbent les tâches courantes, professionnelles ou universitaires du sujet, ses activités relationnelles et sociales.

Phobie sociale. Une peur marquée, persistante d'une ou plusieurs situations sociales ou exécutives, impliquant l'exposition à des étrangers ou le regard des autres. Ceux qui en sont atteints craignent d'agir de façon embarrassante ou humiliante, comme de montrer leur angoisse. L'exposition provoque de l'anxiété et, possiblement, une attaque de panique, et le sujet évite les situations déclenchantes. Il reconnaît que sa peur est excessive ou déraisonnable. Le fonctionnement normal, les activités sociales et les relations sont perturbés.



TABLEAU 5-3

Troubles anxieux (suite)

Trouble obsessionnel-compulsif. Des obsessions et des compulsions qui causent une anxiété ou détresse marquée. Bien qu'elles soient reconnues excessives et déraisonnables, elles font perdre beaucoup de temps et perturbent les activités courantes du sujet et ses relations.

Stress aigu. Exposition à un événement traumatisant qui implique la mort, une menace de mort, ou des blessures graves pour soi-même ou pour d'autres personnes, provoquant une peur, un désespoir ou une horreur intenses. Pendant ou aussitôt après l'événement, le sujet présente au moins trois de ces symptômes de dissociation : (1) un sentiment de paralysie, de détachement ou l'absence de réaction émotionnelle, (2) une diminution de la conscience de l'environnement, comme s'il était hébété, (3) des sensations d'irréalité, (4) des sensations de dépersonnalisation, et (5) l'amnésie d'une grande partie de l'événement. Cet événement est continuellement revécu dans des pensées, des images, des rêves, des illusions, et des retours en arrière. Le sujet est anxieux, toujours en éveil et il évite les stimuli qui rappellent l'événement. Provoque une grande souffrance et perturbe les activités sociales, professionnelles et autres. Les symptômes surviennent dans les 4 semaines suivant l'événement et durent de 2 jours à 4 semaines.

Stress post-traumatique. L'événement, la réaction de peur et le revécu incessant du traumatisme rappellent ceux du stress aigu. Il peut y avoir des hallucinations. Le sujet est toujours en éveil, essaye d'éviter les stimuli liés au traumatisme et présente une atténuation de sa réactivité générale. Provoque une souffrance marquée et perturbe les activités sociales et professionnelles ; dure plus d'un mois.

Trouble anxieux généralisé. Il n'y a pas ici de traumatisme ou de souci précis. L'hyperanxiété, difficile à contrôler, concerne beaucoup d'événements et d'activités. Au moins trois des symptômes suivants sont associés : (1) sentiment d'être nerveux, tendu, « à bout », (2) fatigabilité anormale, (3) difficulté à se concentrer, impression d'avoir l'esprit vide, (4) irritabilité, (5) tension musculaire, (6) difficulté à s'endormir ; sommeil bref, agité, pas réparateur. Provoque une souffrance importante et perturbe les activités quotidiennes.

TABLEAU 5-4

Troubles psychotiques sélectionnés

Schizophrénie. Altère les grandes fonctions, au travail ou à l'école, dans les relations entre personnes et pour l'entretien de soi-même. Le niveau d'une ou plusieurs de ces fonctions doit diminuer nettement en dessous du niveau antérieur, pendant un temps significatif. Le sujet doit présenter au moins deux des troubles suivants sur une grande partie d'un mois : (1) délires, (2) hallucinations, (3) parole désorganisée, (4) comportement désorganisé ou catatonique et, (5) des symptômes négatifs, tels qu'un affect pauvre, une alogie (manque de contenu dans le discours) ou une aboulie (manque d'intérêt, d'initiative et de capacité à se fixer et à atteindre des objectifs). Les signes doivent durer au moins 6 mois.

Les sous-types de la schizophrénie sont la forme paranoïde, la forme désorganisée et la forme catatonique.

Trouble schizophréniforme. Les symptômes ressemblent à ceux de la schizophrénie mais durent moins de 6 mois. Les altérations fonctionnelles peuvent manquer.

Trouble schizoaffectif. A les caractéristiques d'un trouble majeur de l'humeur et de la schizophrénie. Les troubles de l'humeur (dépressifs, maniaques ou mixtes) se manifestent pendant presque toute la maladie et doivent, pendant un certain temps, coexister avec des symptômes de schizophrénie et des délires ou des hallucinations (durant au moins 2 semaines, les troubles thymiques passant au second plan).

Trouble délirant. Les délires non bizarres concernent des situations de la vie réelle, comme avoir une maladie, et durent au moins un mois. Le fonctionnement du sujet n'est pas très altéré et son comportement n'est pas étrange ou bizarre de façon évidente. Il n'y a pas de symptômes de schizophrénie, à l'exception d'hallucinations tactiles ou olfactives.

Trouble psychotique bref. Au moins un des symptômes psychotiques suivants doit être présent : délires, hallucinations, altération du langage, avec des dérapages fréquents ou une incohérence, ou comportement désorganisé ou catatonique. Les troubles durent au moins 1 jour mais moins de 1 mois, et le sujet revient à son niveau de fonctionnement antérieur.

Peau et annexes

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Chute de poils (alopécie).
- Éruptions.
- Grains de beauté (naevi).

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Facteurs de risque de mélanome.
- Éviter une exposition excessive au soleil.

Conseillez au patient d'éviter les expositions superflues au soleil et d'utiliser des écrans solaires d'IPS ≥ 15 . Apprenez-lui la méthode ABCD pour détecter des naevi dysplasiques et des mélanomes : **A**symétrie, **B**ords irréguliers, **C**hangement de couleur, et **D**iamètre > 6 mm. Examinez la peau tous les 3 ans chez les patients de 20 à 40 ans et chaque année chez les patients de plus de 40 ans.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

PEAU

Examinez la totalité de la surface de la peau sous un bon éclairage. **Inspectez** et **palpez** chaque zone.

Notez les caractéristiques suivantes :

- coloration
- humidité
- température
- texture
- mobilité : la facilité avec laquelle un pli fait à la peau peut être déplacé
- turgor : la rapidité avec laquelle le pli disparaît

Notez les lésions éventuelles et leur :

- siège et répartition
- disposition et forme
- type

Cyanose, jaunisse, hypercarotinémié, modifications de la pigmentation

Peau sèche, huileuse

Fraîche, chaude

Lisse, rugueuse

Diminuée en cas d'œdème

Diminué en cas de déshydratation

Généralisées ou localisées

Linéaire, en bouquet, métamérique (sur un dermatome)

Macule, papule, pustule, bulle, tumeur

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- couleur

Rouge, blanche, brunâtre, lilacée

CHEVEUX

Inspectez et palpez les cheveux.

Notez :

- leur abondance
- leur répartition
- leur texture

Cheveux clairsemés, fournis

Alopécie en plages ou totale

Fins, grossiers

ONGLES

Inspectez et palpez les ongles des doigts et des orteils.

Notez :

- leur couleur
- leur forme
- les lésions éventuelles

Cyanose, pâleur

Bombement (hippocratisme digital)

Péri-onyxis, onycholyse

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : peau et annexes

- « Bonne coloration. Peau chaude et humide. Ongles sans bombement ni cyanose. Pas de naevus suspect, d'éruption, de pétéchies ni d'ecchymoses. ».

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 6-1

Coloration de la peau

Couleur/mécanisme

Brunâtre : mélanine augmentée (plus que ne le veut la norme génétique)

Bleue (cyanose)

Désoxyhémoglobine augmentée par hypoxie :

- périphérique
- centrale (artérielle)

Hémoglobine anormale

Rouge : visibilité de l'oxyhémoglobine augmentée par :

- vasodilatation ou débit sanguin cutané augmenté
- consommation d'oxygène cutanée diminuée

Jaune

Hyperbilirubinémie de l'ictère (les sclérotiques sont jaunes)

Hypercaroténémie (les sclérotiques ne sont pas jaunes)

Pâle

Mélanine diminuée

Visibilité de l'oxyhémoglobine diminuée par :

- débit sanguin cutané diminué
- quantité d'oxyhémoglobine diminuée

Œdème (peut masquer les pigments de la peau)

Causes sélectionnées

Exposition au soleil
Grossesse (chloasma)
Maladie d'Addison

Anxiété ou environnement froid
Maladie cardiaque ou pulmonaire

Méthémoglobinémie, sulfhémoglobinémie

Fièvre, érythème pudique, ingestion d'alcool, inflammation locale
Exposition au froid (par exemple : oreilles rougies par le froid)

Maladie hépatique, hémolyse (des globules rouges)
Ingestion accrue de carotène (légumes et fruits jaunes)

Albinisme, vitiligo, pityriasis versicolor

Syncope, choc
Anémie

Syndrome néphrotique

TABLEAU 6-2

Lésions cutanées primaires

Lésions planes, non palpables, avec changement de coloration de la peau



Macules : petite tache plane $\leq 1,0$ cm



Exemples : hémangiome, vitiligo



Tache : tache plane $\geq 1,0$ cm

Exemple : tache café au lait

Surélévations palpables : masses pleines



Papule : $\leq 1,0$ cm

Exemple : psoriasis papuleux



TABLEAU 6-2

Lésions cutanées primaires (suite)



Plaque : une lésion surélevée superficielle $\geq 1,0$ cm, souvent formée par la confluence de papules

Exemple : psoriasis



Nodule : lésion en forme de bille, de diamètre $> 0,5$ cm, souvent plus profonde et plus ferme qu'une papule

Exemple : dermatofibrome



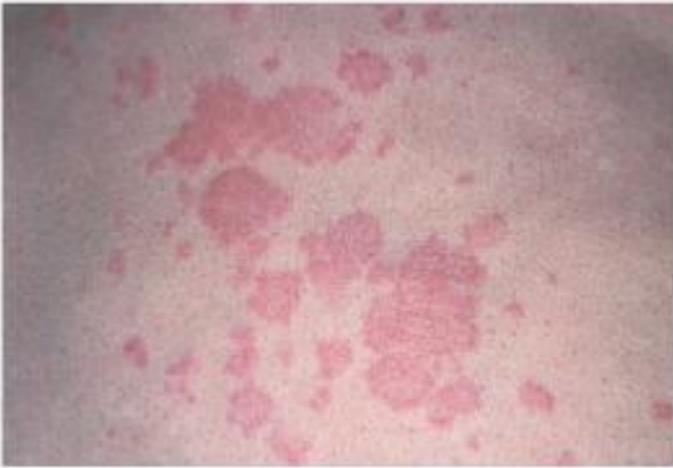
Kyste : nodule rempli d'un produit liquide ou semi-liquide, qu'on peut exprimer

Exemple : kyste épidermoïde



TABLEAU 6-2

Lésions cutanées primaires (suite)



Papule ortiée : une zone localisée d'œdème superficiel de la peau, irrégulière et assez transitoire

Exemples : piqûre de moustique, urticaire

Surélévations palpables, avec des cavités remplies de liquide



Vésicule : $\leq 1,0$ cm, remplie de liquide séreux



Exemple : Herpes simplex



Bulle : $\geq 1,0$ cm, remplie de liquide séreux



TABLEAU 6-2

Lésions cutanées primaires (*suite*)



Exemple : piqûre d'insecte



Pustule : remplie de pus



Exemples : acné, variole, impétigo



Sillon (de la gale) : une minuscule galerie, légèrement surélevée, creusée dans l'épiderme, qui siège le plus souvent dans les espaces interdigitaux et sur les faces latérales des doigts. Elle ressemble à une ligne grise, droite ou courbe, courte (5 à 15 mm), qui peut se terminer par une toute petite vésicule. Avec une loupe, recherchez le *sillon* de l'acarien responsable de la gale

TABLEAU 6-3

Lésions cutanées secondaires

Elles peuvent se greffer sur des lésions primaires, du fait d'un surtraitement, d'un grattage excessif ou d'une surinfection.



Squames : une écaille mince de peau morte



Exemples : ichtyose vulgaire, pellicules, peau sèche, psoriasis



Croûte : le résidu desséché d'un exsudat cutané, tel que du sérum, du pus ou du sang

Exemple : impétigo



Lichénification : un épaissement de l'épiderme, visible et palpable. La peau devient rugueuse, avec des sillons plus visibles (souvent du fait d'un grattage chronique)

Exemple : névrodermite



TABLEAU 6-3

Lésions cutanées secondaires (*suite*)



Cicatrices : du tissu conjonctif qui prolifère à la suite d'une blessure ou d'une maladie

Exemple : cicatrice après injection de corticoïdes



Chéloïdes : cicatrisation hypertrophique, qui s'étend au-delà de la plaie initiale

Exemple : chéloïde du lobule de l'oreille

Source des photos : *hémangiome, tache café au lait, névus surélevé, psoriasis, dermatofibrome, Herpes simplex, piqûre d'insecte, impetigo, lichenification* – Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 9th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2006 ; *vitiligo, psoriasis, kyste épidermoïde, urticaire, piqûre d'insecte, acné, ichthyose, psoriasis, cicatrice d'acnée, chéloïde* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders : Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2003 ; *variolo* – Ostler HB, Mailbach HI, Hoke AW, Schwab IR. Diseases of the Eye and Skin : A Color Atlas. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

TABLEAU 6-4

Lésions cutanées « en creux »*



Érosion : perte de l'épiderme superficiel, non cicatrisée ; la surface est humide mais ne saigne pas

Exemples : stomatite aphteuse, zone humide après rupture d'une vésicule, comme dans la varicelle



Excoriation : érosions punctiformes ou linéaires dues à des égratignures

Exemple : griffures de chat



Fissure : une crevasse linéaire de la peau, souvent due à une sécheresse excessive

Exemple : pied d'athlète



Ulcère : une perte de substance plus profonde, intéressant l'épiderme et le derme ; peut saigner et laisser une cicatrice

Exemples : ulcère de stase de l'insuffisance veineuse, chancre syphilitique

* Ce sont des lésions secondaires (faisant suite à des lésions primaires).

Source des photos : *érosion, excoriation, fissure* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders : Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2003 ; *Ulcère* – Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 9th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

TABLEAU 6-5

Lésions vasculaires et purpuriques de la peau

Lésion

Caractéristiques

Angiome tubéreux



Aspect : rouge vif ou rubis ; peut foncer avec l'âge ; de 1 à 3 mm ; arrondi, plat, parfois saillant ; peut être entouré d'un halo clair

Siège : sur le tronc et les membres

Signification : aucune ; augmentent en taille et en nombre avec l'âge

Angiome stellaire



Aspect : rouge très vif ; de très petit à 2 cm ; un centre, parfois surélevé, et des branches rayonnantes avec un érythème

Siège : visage, cou, membres supérieurs et partie supérieure du tronc ; presque jamais en dessous de la taille

Signification : maladie hépatique, grossesse, déficit en vitamine B ; parfois chez des sujets normaux

Étoile veineuse



Aspect : bleuâtre ; de très petite à plusieurs centimètres ; peut ressembler à une araignée ou être linéaire, irrégulière

Siège : le plus souvent sur les membres inférieurs, près des veines ; également sur la face antérieure du thorax

Signification : va souvent avec une pression accrue dans les veines superficielles, comme dans les varices



TABLEAU 6-5

Lésions vasculaires et purpuriques de la peau (*suite*)

Lésion

Caractéristiques

Purpura, pétéchie



Aspect : rouge sombre ou pourpre rougeâtre ; s'atténue avec le temps ; de 1 à 3 mm ou plus ; arrondies, parfois irrégulières, plates

Siège : variable

Signification : extravasation de sang ; peut suggérer un trouble de l'hémostase ou, en cas de pétéchie, des embolies cutanées

Ecchymose



Aspect : pourpre ou violacée, virant au vert, au jaune et au marron avec le temps ; plus grande qu'une pétéchie ; arrondie, ovale ou irrégulière

Siège : variable

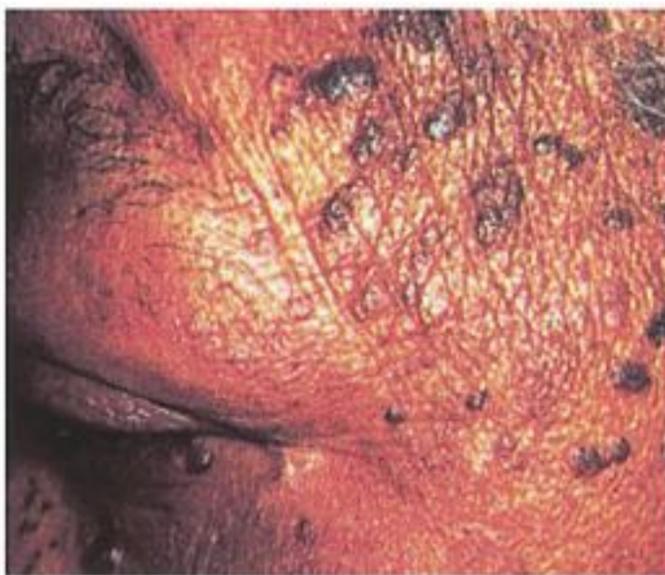
Signification : extravasation de sang ; souvent secondaire à un traumatisme ; peut aussi se voir dans des troubles de l'hémostase

TABLEAU 6-6

Tumeurs cutanées

**Kératose actinique (ou sénile)**

Papules superficielles, aplaties, recouvertes par une squame sèche. Souvent multiples, peuvent être arrondies ou irrégulières ; roses, brun clair ou grisâtres. Elles apparaissent sur les zones de peau exposées au soleil des sujets âgés à peau claire. Bénignes, mais 1 sur 1 000 se transforme chaque année en *épithélioma spinocellulaire* (ce qui est suggéré par une croissance rapide, une induration, une rougeur de la base et une ulcération). Localisations typiques : face et mains

**Kératose séborrhéique**

Fréquente, bénigne ; faite de lésions surélevées, jaunâtres à brunes, semblant légèrement graisseuses et veloutées, ou verruqueuses, avec un enduit. Typiquement multiples et réparties symétriquement sur le tronc des sujets âgés, mais parfois sur la face ou ailleurs. Chez les sujets noirs, ce peut être de petites papules très pigmentées siégeant sur les joues et les tempes (*dermatosis papulosa nigra*)

**Épithélioma (ou carcinome) basocellulaire**

Bien que malin, il croît lentement et métastase rarement. Plus fréquent chez les adultes à peau claire de plus 40 ans ; en général sur la face. Le nodule initial translucide, s'étend et acquiert un centre déprimé et une bordure surélevée, ferme. Télangiectasies souvent visibles



TABLEAU 6-6

Tumeurs cutanées (suite)

**Épithélioma (ou carcinome) spinocellulaire**

Habituellement sur les zones de peau exposées au soleil des sujets à peau claire de plus de 60 ans. Peut se développer sur une kératose sénile. Il croît en général plus vite qu'un épithélioma basocellulaire, est plus ferme et plus rouge. Siège le plus souvent sur la face et le dos des mains

**Sarcome de Kaposi, au cours du SIDA**

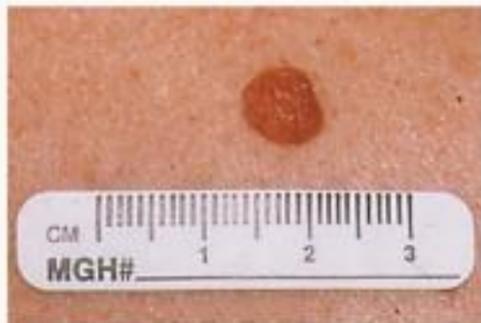
Peut revêtir différents aspects : macules, papules, plaques ou nodules, en presque n'importe quel point du corps. Les lésions sont souvent multiples et peuvent intéresser des structures internes

Source des photos : *carcinome basocellulaire* : Rapini R. *Carcinome spinocellulaire, kératose sénile, kératose séborrhéique* – Hall JC. *Sauer's Manual of Skin Diseases*, 9th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2006 ; *Sarcome de Kaposi au cours du SIDA* – DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA [eds]. *AIDS : Etiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention*. Philadelphia : JB Lippincott, 1985.

TABEAU 6-7

**Caractéristiques des naevi
(grains de beauté)**

Normal



Diamètre < 6 mm ; symétrie ; limites régulières ; coloration uniforme

Mélanome malin : méthode ABCD



Asymétrie



Bordure irrégulière



Coloration variable
Diamètre > 6 mm

Avec l'autorisation de l'American Cancer Society, American Academy of Dermatology.

TABLEAU 6-8

Alopécies

**Pelade**

Aires dépourvues de cheveux, arrondies ou ovales, bien délimitées, en général chez des enfants et de jeunes adultes. Pas de desquamation ni d'inflammation visibles

**Trichotillomanie**

Perte de cheveux par traction, arrachage ou torsion. Les tiges des cheveux sont cassées et de longueur variable. Plus fréquente chez les enfants, souvent dans un contexte de stress familial ou psychosocial



TABLEAU 6-8

Alopécies (suite)

**Teigne tondante**

Plages d'alopecie arrondies et squameuses. Les cheveux sont cassés au ras du cuir chevelu. Habituellement due à une infection fongique à *Microsporum*. Simule la dermatite séborrhéique



Source des photos : *pelade, trichotillomanie* : Hall JC. Sauer's Manual of Skin Diseases, 9th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2006 ; *pelade, teigne tondante* – Goodheart HP. Goodheart's Photoguide of Common Skin Disorders : Diagnosis and Management, 2nd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2003 ; *trichotillomanie* – Ostler HB, Mailbach HI, Hoke AW, Schwab IR. Diseases of the Eye and Skin : A Color Atlas. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

TABLEAU 6-9

Ongles des doigts

Hippocratisme digital

Face dorsale de la phalangette arrondie et bulbeuse ; lame unguéale plus convexe. Angle entre la lame et le repli unguéal proximal atteignant ou dépassant 180° . Le repli unguéal proximal semble spongieux. Nombreuses causes, dont l'hypoxie chronique et le cancer du poumon

Périonyxis

Inflammation aiguë ou chronique des replis unguéaux proximaux et latéraux. Les replis sont rouges, enflés, et parfois douloureux

Onycholyse

Décollement indolore de la lame unguéale de son lit, débutant distalement. Nombreuses causes

Ongles de Terry

Blanchâtres, avec une bande distale rouge-brun. Se voient chez les sujets âgés et dans certaines maladies chroniques

Leuconychie

Taches blanches dues à un traumatisme. Elles progressent vers l'extérieur avec la croissance de l'ongle

Lignes blanches transverses

Lignes blanches, à courbure parallèle à la lunule. Elles font suite à une maladie et progressent vers l'extérieur avec la croissance de l'ongle

Tête et cou

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Céphalées.
- Troubles de la vision.
- Vision double (diplopie).
- Surdité, otalgie ; bourdonnements d'oreille (acouphènes).
- Vertiges.
-  pistaxis.
- Maux de gorge ; enrouement (dysphonie).
- Adénopathies.
- Goitre.

TÊTE

Les *céphalées* sont un symptôme fréquent, qui nécessite toujours une évaluation soigneuse parce qu'un petit nombre d'entre elles sont dues à des affections mettant en jeu le pronostic vital. Obtenez une description complète des céphalées et des sept attributs de la douleur du patient (voir p. 47-48).

Voir les tableaux 7-1 : « Céphalées primaires », p. 147, et 7-2 : « Céphalées secondaires », p. 148-150. Les *migraines* et les *céphalées de tension* sont les formes de céphalées récidivantes les plus fréquentes

La céphalée est-elle uni ou bilatérale ? Stable ou pulsatile ? Permanente ou intermittente ? Demandez au patient de désigner *le siège de la douleur ou de la gêne*. Précisez sa *chronologie* et son *intensité*.

Recherchez des symptômes associés. Posez des questions portant sur des nausées et vomissements associés et des symptômes neurologiques tels que des troubles visuels ou des déficits sensitivomoteurs.

Demandez aussi si la toux, les éternuements ou les changements de position de la tête ont un effet quelconque (en mieux, en pire, ou aucun) sur la céphalée.

Recherchez des antécédents familiaux.

YEUX

Demandez : « Comment voyez-vous ? » et « Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? » Si le patient signale des troubles visuels, détaillez-les :

Les céphalées de tension siègent souvent dans les régions temporales ; les céphalées vasculaires peuvent être rétro-orbitaires. La modification ou l'aggravation progressive des céphalées accroît la probabilité d'une *tumeur*, d'un *abcès*, ou d'un *autre processus expansif intracrânien*. Des céphalées très intenses (« atroces ») évoquent une *hémorragie sous-arachnoïdienne* ou une *méningite*

Aura visuelle, scotomes scintillants de la *migraine*. Nausées et vomissements sont fréquents dans la migraine mais surviennent aussi dans les *tumeurs cérébrales* et l'*hémorragie sous-arachnoïdienne*

Ces manœuvres peuvent aggraver la douleur due à une tumeur cérébrale ou à une sinusite

En cas de migraine, il y a souvent des antécédents familiaux

Flou visuel progressif, souvent dû à des vices de réfraction, ainsi qu'au diabète sucré

- le début a-t-il été brusque ou progressif ?
- le problème est-il plus important dans la vision de près ou la vision de loin ?
- la vision est-elle trouble dans la totalité du champ visuel ou seulement dans certaines de ses parties ? Dans ce cas, le flou est-il central, périphérique ou latéralisé ?
- le patient a-t-il vu des éclairs lumineux traverser son champ de vision ? Des corps vitréens ?

Recherchez une *douleur* dans et autour des yeux, une *rougeur*, et un *larmolement excessif*.

Recherchez une *diplopie* (ou vision double).

Une perte de vision brusque évoque un *décollement de la rétine*, une *hémorragie du vitré* ou une *occlusion de l'artère centrale de la rétine*

Une difficulté à voir de près évoque une *hypermétropie* ou une *presbytie* (chez le sujet âgé) ; une difficulté à voir au loin, une *myopie*

Perte progressive de la vision centrale dans la *cataracte nucléaire* et la *dégénérescence maculaire* ; perte périphérique dans le *glaucome à angle ouvert* évolué ; perte unilatérale dans l'*hémianopsie* et les *quadransopsies* (p. 151)

Ces symptômes suggèrent un *décollement de la rétine*. Un examen ophtalmologique doit être fait en urgence

Diplopie dans les lésions du tronc cérébral ou du cervelet, également par faiblesse ou paralysie d'un ou plusieurs muscles extrinsèques de l'œil

OREILLES

Demandez : « Comment entendez-vous ? »

Voir tableau 7-8 : « Types de surdité », p. 156-157

Est-ce que le patient a des difficultés particulières à comprendre ce que les gens disent ? Y a-t-il une différence quand l'environnement est bruyant ?

En cas d'*otalgie* (ou douleur dans l'oreille), recherchez de la fièvre, un mal de gorge, une toux, et une infection des voies aériennes supérieures en évolution.

Les *bourdonnements d'oreille* (ou acouphènes) n'ont pas de stimulus externe ; en général, ils sont perçus comme un tintement musical, un grondement ou un ronflement.

Recherchez des *vertiges*, sensations qu'a le patient que, lui-même ou son environnement, tourne ou pivote.

Les gens qui ont une *surdité neurosensorielle (de perception)* ont des difficultés à comprendre les paroles et se plaignent que les autres marmonnent ; des environnements bruyants aggravent les choses. Dans la *surdité de conduction (de transmission)*, un environnement bruyant peut améliorer les choses

Otite externe en cas de douleur de l'oreille externe ; *otite moyenne* si la douleur est interne et associée à une infection respiratoire

Quand ils sont associés à une surdité et à des vertiges, les bourdonnements d'oreille évoquent la *maladie de Ménière*

Vertiges dans les labyrinthites, les lésions du NC VII, les lésions du tronc cérébral

NEZ ET SINUS

La *rhinorrhée*, ou écoulement nasal, est souvent associée à une *congestion nasale*. Recherchez de plus des *éternuements*, un larmoiement, une irritation de la gorge, et aussi des *picotements* des yeux, du nez et de la gorge.

Les causes comprennent les infections virales, la *rhinite allergique* (rhume des foins) et la *rhinite vasomotrice*. Les picotements sont en faveur d'une origine allergique

Pour l'*épistaxis*, ou saignement de nez, identifiez l'origine du saignement avec soin. Le sang provient-il du nez ou le patient a-t-il craché ou vomé du sang ? Évaluez le site du saignement, son abondance et les symptômes associés.

Les causes locales d'épistaxis comprennent le traumatisme (en particulier grattage du nez), l'inflammation, la sécheresse et les croûtes de la muqueuse nasale, les tumeurs et les corps étrangers

BOUCHE, GORGE ET COU

Le *mal de gorge* (pharyngite, angine) est une plainte fréquente. Recherchez une fièvre, une adénopathie et une toux.

Fièvre, sécrétions pharyngées et adénopathie cervicale antérieure, notamment en l'absence de toux, suggèrent une *pharyngite* ou une *angine à streptocoques* (voir p. 161)

Un *enrouement* (ou dysphonie) peut être dû à un surmenage vocal ; à des allergies, au tabagisme ou à l'inhalation de produits irritants.

Se voit aussi dans l'hypothyroïdie, des affections du larynx ou la compression des nerfs laryngés par des masses extrapharyngées

Évaluez la fonction thyroïdienne. Posez des questions au sujet d'un *goitre*, d'une *intolérance thermique* et de la *transpiration*.

Dans un goitre, la fonction thyroïdienne peut être exagérée, diminuée ou normale. L'intolérance au froid suggère une *hypothyroïdie* ; une intolérance au chaud, des palpitations, et une perte de poids non désirée évoquent une *hyperthyroïdie*

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Modifications de la vision, cataractes, dégénérescence maculaire et glaucome.
- Surdité.
- Santé buccale.

Les *troubles de la vision* changent avec l'âge. Les adultes jeunes bien portants ont en général des vices de réfraction. Jusqu'à 25 % des adultes de plus de 65 ans ont des vices de réfraction, mais la prévalence des *cataractes*, de la *dégénérescence maculaire* et du *glaucome* augmente chez eux. Le glaucome est la première cause de c civit  chez les Afro-Américains et la deuxième dans la population générale. Il provoque une perte de vision progressive, par atteinte du nerf optique, une altération des champs visuels, commençant habituellement par la périphérie, et une pâleur et une augmentation de taille de l'excavation de la papille optique (qui dépasse la moitié du diamètre de la papille).

Plus d'un tiers des adultes âgés de plus de 65 ans ont des *déficits auditifs détectables*. Les questionnaires et les audiom tres portatifs conviennent bien au dépistage périodique.

Assurez la promotion de la *santé buccale* : près de la moitié des enfants de 5 à 17 ans ont de 1 à 8 caries et l'adulte américain moyen a de 10 à 17 dents cariées, manquantes ou obturées. Plus de la moitié des adultes de plus de 65 ans n'ont plus de dents du tout ! Inspectez la cavité buccale à la recherche de dents cariées ou branlantes, d'une inflammation des gencives et de signes de parodontolyse (saignement, pus, recul des gencives, mauvaise haleine). Conseillez aux patients d'utiliser une pâte dentifrice au fluor, une brosse à dents et du fil dentaire et de consulter un dentiste au moins une fois par an.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

TÊTE

Examinez :

- les cheveux, à savoir leur abondance, leur répartition et leur texture
- le cuir chevelu, y compris les grosseurs et les lésions
- le crâne, y compris ses dimensions et ses contours
- la face, y compris sa symétrie et son expression (ou mimique)
- la peau, à savoir sa coloration, sa texture, sa pilosité, et des lésions éventuelles

Cheveux dispersés et grossiers dans le *myxœdème*, fins dans l'*hyperthyroïdie*

Kystes sébacés (loupes), *psoriasis*, *naevi pigmentaires*

Hydrocéphalie, enfoncement du crâne dû à un traumatisme (ou embarrure)

Paralysie faciale ; affect pauvre de la dépression ; émotions telles que la colère ou la tristesse

Peau pâle, fine ; hirsutisme ; acné ; cancer de la peau

YEUX

Testez l'acuité visuelle des deux yeux.

Étudiez les champs visuels, si c'est indiqué.

Inspectez :

- la position et l'alignement des yeux

Diminution de l'acuité visuelle

Hémianopsie, quadranopsies dans les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Exophtalmie, strabisme

TECHNIQUES D'EXAMEN

- les sourcils
- les paupières
- les voies lacrymales
- les conjonctives et les sclérotiques
- les cornées, les iris et les cristallins

Examinez les pupilles :

- dimensions, forme et symétrie
- réaction à la lumière (réflexe photomoteur), et, si elle est anormale
- l'accommodation-convergence



ACCOMMODATION-CONVERGENCE

Évaluez la motricité oculaire extrinsèque, en observant :

- le reflet sur les cornées d'une lumière médiane

CONSTATATIONS POSSIBLES

Dermite séborrhéique

Orgelet, chalazion, ectropion, ptosis, xanthélasma

Dacryocystite

Œil rouge, jaunisse

Opacité cornéenne, cataracte

Myosis, mydriase, anisocorie

Absente en cas de paralysie du NC III

Ralentie dans la pupille tonique d'Adie ; présente dans la pupille de la syphilis (signe d'Argyll-Robertson)



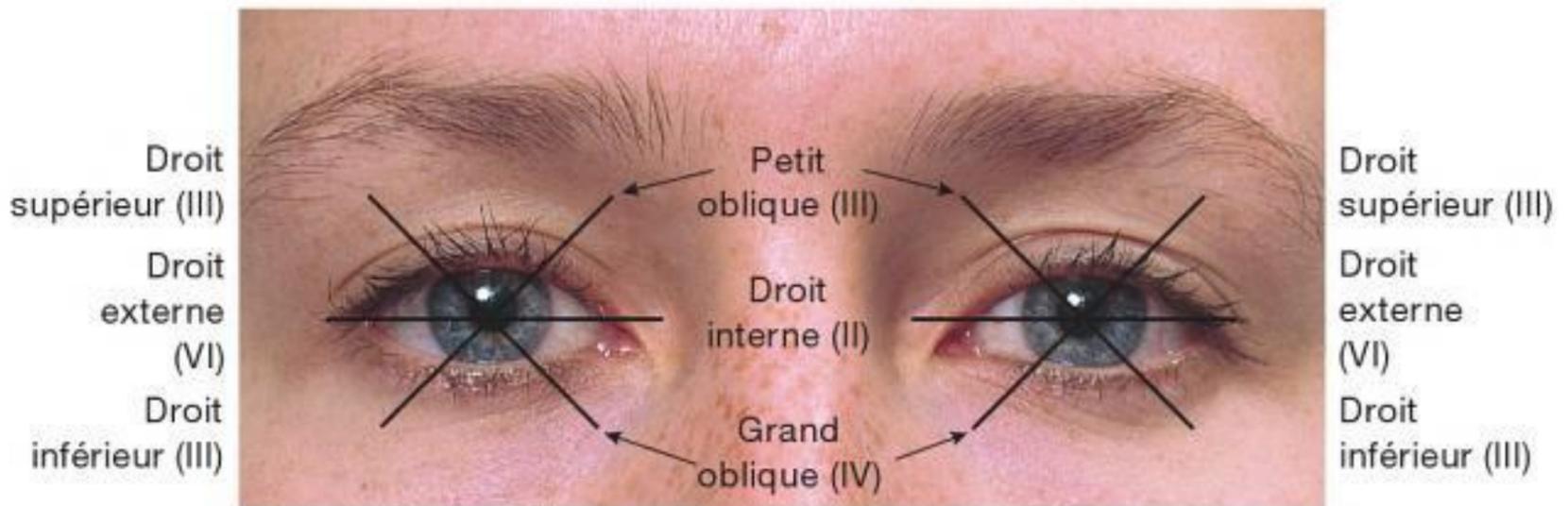
Déséquilibre des muscles extrinsèques de l'œil

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- les 6 directions principales du regard

Paralysie des nerfs crâniens, strabisme, nystagmus, asynergie oculopalpébrale de l'hyperthyroïdie



- la convergence

Médiocre dans l'hyperthyroïdie

Inspectez les fonds d'yeux, avec un ophtalmoscope.

ASTUCES POUR L'UTILISATION D'UN OPHTALMOSCOPE

- ✓ Faites l'obscurité dans la pièce. Tournez le disque des lentilles jusqu'au grand faisceau rond de lumière blanche. *Diminuez l'intensité du faisceau lumineux* afin que l'examen soit plus agréable pour le patient.
- ✓ Tournez le disque des lentilles jusqu'à 0 dioptrie (la dioptrie mesure la capacité qu'a une lentille de faire converger ou diverger la lumière).
- ✓ Tenez l'ophtalmoscope *avec la main droite* pour examiner *l'œil droit du patient*; tenez-le *avec la main gauche* pour examiner *son œil gauche*, afin d'éviter de heurter son nez.
- ✓ Tenez l'ophtalmoscope fermement appuyé sur le bord interne de votre orbite, le manche incliné en dehors d'environ 20°. Demandez au patient de regarder, un peu vers le haut et par-dessus votre épaule, un point en face de lui, sur le mur.

(suite)

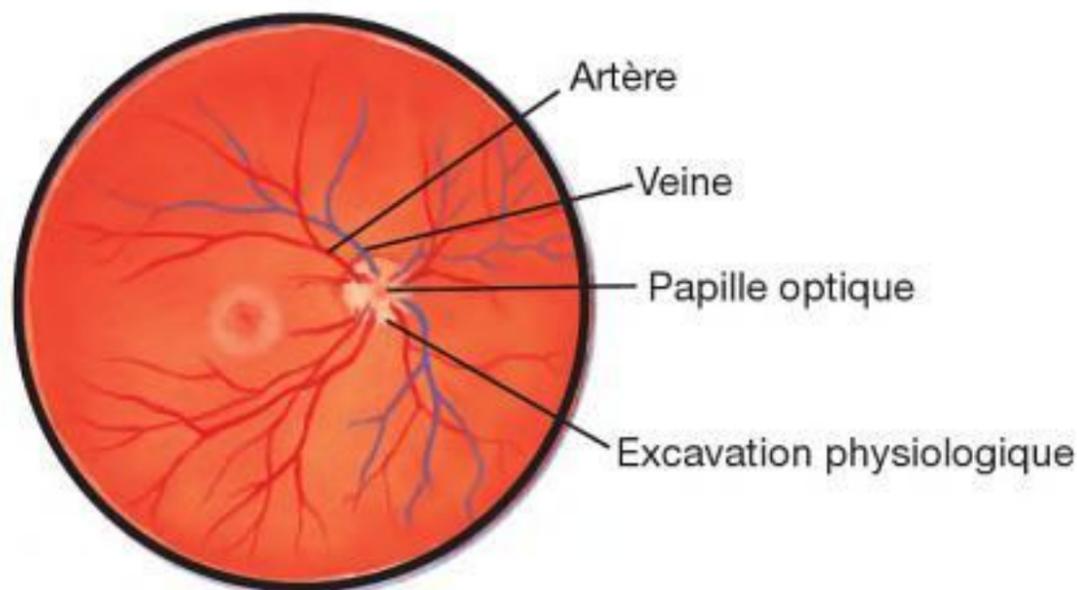
- ✓ Placez-vous à environ 40 cm du patient et à 15° en dehors de sa ligne de vision. Recherchez la lueur orangée dans la pupille, le *reflet rouge*. Notez toute opacité qui l'interromprait. L'absence de reflet rouge suggère une opacité du cristallin (cataracte), ou encore du vitré.
- ✓ Placez le pouce de votre autre main en travers du sourcil du patient. En maintenant le faisceau lumineux centré sur le reflet rouge, rapprochez-vous de la pupille, en faisant un angle de 15° , jusqu'à toucher les cils du patient. Réglez la position de l'ophtalmoscope et l'angle de vision *comme un ensemble* jusqu'à ce que vous voyiez le fond d'œil.

Inspectez les fonds d'yeux, à la recherche :

- du reflet rouge
- de la papille optique

Cataractes, prothèses oculaires

Œdème papillaire, excavation glaucomateuse, atrophie optique. Voir tableau 7-5 : « Anomalies de la papille optique », p. 153



- des artères, des veines et des croisements artérioveineux

Modifications hypertensives : rétrécissement A-V, artéριοles en fil de cuivre

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- de la rétine adjacente (notez les lésions éventuelles)
- de la macula
- des structures antérieures

Hémorragies, exsudats, exsudats cotonneux, microanévrismes, pigmentation
 Dégénérescence maculaire
 Corps flottants du vitré, cataractes

ASTUCES POUR L'EXAMEN DE LA PAPILLE OPTIQUE ET DE LA RÉTINE

- ✓ Repérez la papille optique (ou disque optique). Recherchez la structure ronde jaune orangé.
- ✓ À présent, mettez au point sur la papille optique, en réglant la lentille de votre ophtalmoscope.
- ✓ Inspectez la papille optique. Notez les caractéristiques suivantes :
 - la netteté du contour de la papille ;
 - la couleur de la papille ;
 - les dimensions de l'excavation physiologique (une excavation élargie suggère un glaucome à angle ouvert chronique) ;
 - les pulsations veineuses des veines rétiniennes, à leur point d'émergence du centre de la papille optique (la disparition de ces pulsations dans des pathologies telles qu'un traumatisme crânien, une méningite ou une tumeur cérébrale peut être le signe précoce d'une hypertension intracrânienne).
- ✓ Inspectez la rétine. Distinguez les artères et les veines d'après les caractères énumérés ci-dessous.

	Artères	Veines
Couleur	Rouge clair	Rouge sombre
Taille	Plus petite (2/3 à 4/5 du diamètre des veines)	Plus grande
Reflét lumineux	Brillant	Peu net ou absent

(suite)

- ✓ Suivez les vaisseaux vers la périphérie, dans les quatre directions.
- ✓ Inspectez la fovéa et la rétine environnante (*macula*). La dégénérescence maculaire peut être *sèche et atrophique* (forme plus fréquente mais moins grave) ou *humide et exsudative* (avec néovascularisation). Les débris cellulaires non digérés, appelés *druses*, peuvent être durs ou mous.

OREILLES

Examinez les deux côtés.

PAVILLON

Inspectez le pavillon.

Si vous suspectez une otite :

- tirez le pavillon vers le haut et vers le bas, et appuyez sur le tragus
- appuyez fermement derrière l'oreille

Chéloïdes, kystes sébacés

Douleur dans l'otite externe

Douleur provoquée possible dans l'otite moyenne et la mastoïdite

CONDUIT AUDITIF EXTERNE ET CAISSE DU TYMPAN

Tirez le pavillon vers le haut, vers l'arrière et un peu en dehors.

Inspectez, *via* un spéculum auriculaire :

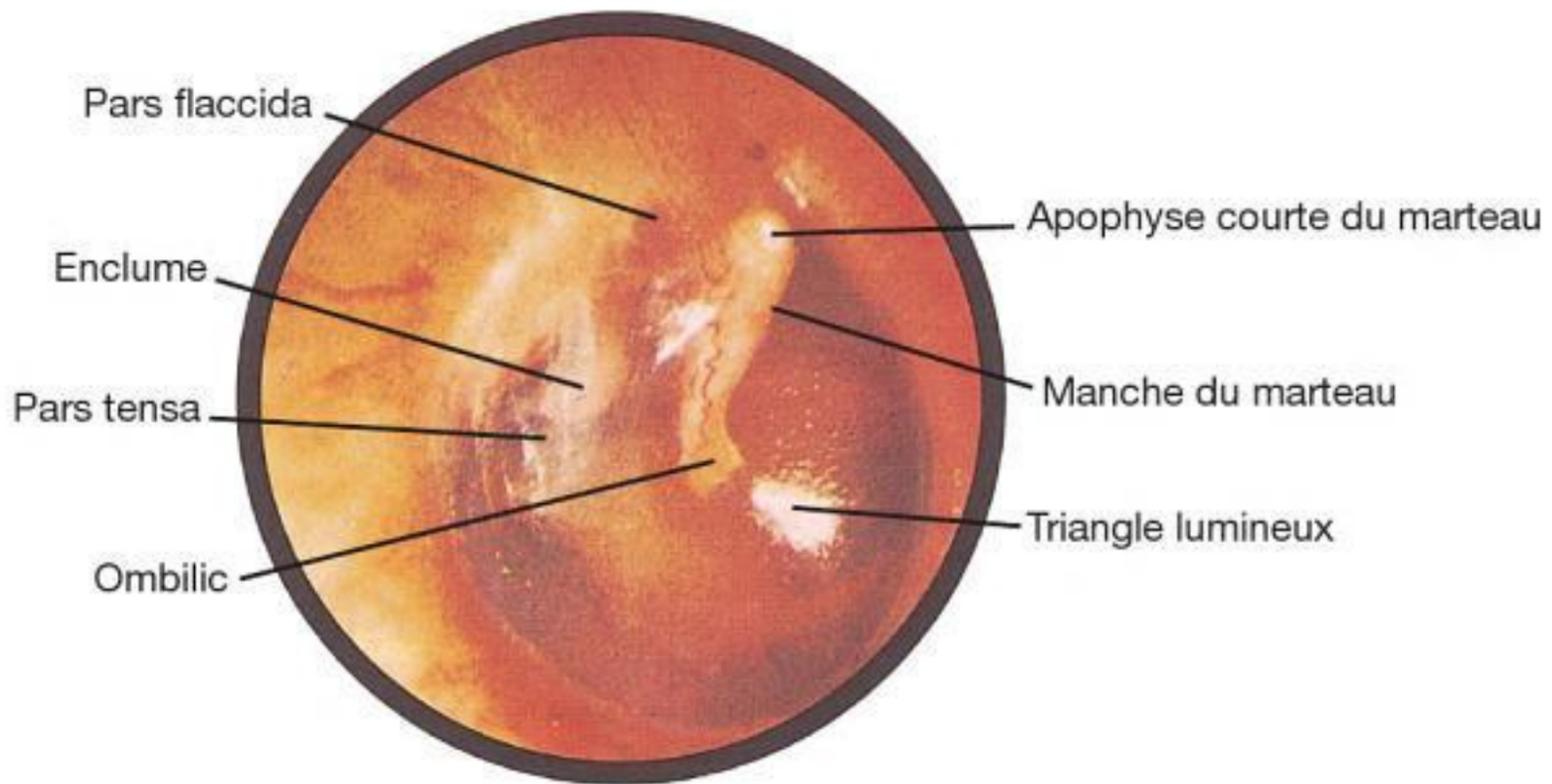
- le conduit auditif externe
- le tympan

Cérumen ; gonflement et érythème dans une otite externe

Tympan bombant et rouge dans l'otite moyenne aiguë ; otite moyenne séreuse, sclérose du tympan, perforations. Voir tableau 7-7 : « Anomalies du tympan », p. 155-156

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES



AUDITION

Appréciez l'acuité auditive à l'aide de la voix parlée ou chuchotée.

Si l'audition est diminuée, utilisez un diapason de 512 Hz pour :

- tester la *latéralisation* (**épreuve de Weber**). Placez le diapason en vibration sur le vertex et contrôlez son audition
- comparer la *conduction aérienne et osseuse* (**épreuve de Rinne**). Placez le diapason en vibration sur la mastoïde, puis enlevez-le et contrôlez l'audition

Ces tests permettent de distinguer la surdité de perception de la surdité de transmission

Voir tableau 7-8 : « Types de surdité », p. 156-157

NEZ ET SINUS

Inspectez le nez.

Inspectez, *via* un spéculum :

- la muqueuse nasale, qui recouvre la cloison et les cornets, en notant sa couleur et un gonflement éventuel
- la cloison nasale : position et intégrité

Palpez les sinus frontaux et maxillaires.

Muqueuse œdématisée et rouge dans les rhinites virales, œdématisée et pâle dans la rhinite allergique ; polypes ; ulcérations dues à la cocaïne

Déviations, perforation

Douleur provoquée dans la sinusite aiguë

BOUCHE ET PHARYNX

Inspectez :

- les lèvres
- la muqueuse buccale
- les gencives
- les dents
- la voûte du palais
- la langue, y compris :
 - ses papilles
 - sa symétrie
 - ses lésions éventuelles

Cyanose, pâleur, chéilite

Aphtes

Gingivite, parodontolyse

Caries, dents manquantes

Torus palatinus

Voir tableau 7-10 : « Anomalies de la langue », p. 159-160

Glossite

Déviations vers un côté, par paralysie du NC XII due à un AVC

Cancer

TECHNIQUES D'EXAMEN

- le plancher de la bouche
- le pharynx, y compris :
 - couleur et exsudats
 - présence et dimensions des amygdales
 - symétrie du voile du palais quand le patient dit « Ah »

CONSTATATIONS POSSIBLES

Cancer

Voir tableau 7-11 : « Anomalies du pharynx », p. 161

Pharyngites

Amygdalites, abcès péri-amygdalien

Absence d'élévation du voile du palais dans la paralysie du NC X due à un AVC

COU

Inspectez le cou.

Palpez les ganglions lymphatiques.

Inspectez et **palpez** la position de la trachée.

Inspectez la glande thyroïde :

- au repos
- quand le patient déglutit de l'eau

Par l'arrière du patient, **palpez** la thyroïde, à savoir l'isthme et les lobes latéraux :

- au repos
- quand le patient déglutit de l'eau

Cicatrices, masses, torticolis

Adénopathie cervicale de nature inflammatoire ou maligne, infection à VIH

Trachée déviée par une masse cervicale ou un pneumothorax

Goitre, nodules. Voir tableau 7-12 : « Anomalies de la glande thyroïde », p. 162

Goitre, nodules, sensibilité d'une thyroïdite



Après avoir examiné la glande thyroïde de l'arrière du patient, vous pouvez pratiquer l'examen musculosquelettique du cou et de la partie supérieure du dos et rechercher une douleur provoquée dans les angles costovertébraux.

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : Tête, Yeux, Oreilles, Nez et Gorge (TYONG)

TYONG : *Tête* – Le crâne a une forme normale ; pas de lésions traumatiques. Les cheveux ont une texture normale. *Yeux* – Acuité visuelle de 10/10 des deux côtés. Sclérotiques blanches, conjonctives roses. Pupilles passant de 4 à 2 mm, rondes, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Papilles à bords nets ; pas d'hémorragies ni d'exsudats, pas de rétrécissement artériolaire. *Oreilles* – Bonne audition de la voix chuchotée. Tympan avec des triangles lumineux corrects. Weber médian. CA > CO. *Nez* – Muqueuse nasale rose, cloison médiane. Pas de douleur provoquée des sinus. *Gorge (ou bouche)* – Muqueuse buccale rose, dentition en bon état, pas d'exsudats pharyngés. *Cou* – Trachée médiane. Cou souple ; isthme de la thyroïde palpable ; lobes non perçus. *Ganglions lymphatiques* – Pas d'adénopathies cervicales, axillaires, épitrochléennes ou inguinales.

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 7-1

Céphalées primaires

Problème	Caractéristiques fréquentes	Symptômes associés Facteurs déclenchants ou d'amélioration
<i>Céphalées de tension</i>	<p>Localisation : variable</p> <p>Qualité : pesantes ou constrictives, d'intensité légère à modérée</p> <p>Début : progressif</p> <p>Durée : de quelques minutes à plusieurs jours</p>	<p>Parfois photophobie, phonophobie ; pas de nausées</p> <p>↑ par tension musculaire soutenue, comme dans la conduite automobile ou la dactylographie</p> <p>↓ possible par massage, relaxation</p>
<p><i>Migraines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ avec aura ■ sans aura ■ variantes 	<p>Localisation : unilatérale dans ≈ 70 % des cas ; bifrontale ou globale dans ≈ 30 % des cas</p> <p>Qualité : pulsatile ou sourde, d'intensité variable</p> <p>Début : assez rapide, maximum en 1-2 h</p> <p>Durée : 4 à 72 h</p>	<p>Nausées, vomissements, photophobie, phonophobie ; auras visuelles (éclairs lumineux), motrices, touchant la main et le membre supérieur, sensibles (engourdissements et fourmillements, précédant habituellement les céphalées)</p> <p>↑ par l'alcool, certains aliments ou une tension psychique, du bruit, une lumière vive. Plus fréquente en période prémenstruelle</p> <p>↓ par pièce obscure et silencieuse ; le sommeil</p>
<i>Céphalées vasculaires</i>	<p>Localisation : unilatérales, habituellement derrière ou autour de l'œil</p> <p>Qualité : profondes, permanentes, intenses</p> <p>Début : brusque, maximum en quelques minutes</p> <p>Durée : jusqu'à 3 h</p>	<p>Larmolement, rhinorrhée, myosis, ptosis, œdème palpébral, hyperhémie conjonctivale</p> <p>↑ de la sensibilité à l'alcool au cours de certains accès</p>

TABLEAU 7-2

Céphalées secondaires

Problème	Caractéristiques fréquentes	Symptômes associés Facteurs déclenchants ou d'amélioration
<i>Rebond aux analgésiques</i>	<p>Localisation : comme la céphalée antérieure</p> <p>Qualité : variable</p> <p>Début : variable</p> <p>Durée : dépend du type de la céphalée antérieure</p>	<p>Dépendent du type de céphalée antérieure</p> <p>↑ par fièvre, monoxyde de carbone, hypoxie, arrêt de la caféine, autres facteurs déclenchants de céphalée</p> <p>↓ dépend de la cause</p>
<p><i>Céphalées dues à des troubles oculaires</i></p> <p><i>Vices de réfraction (hypermétropie et astigmatisme, mais pas myopie)</i></p>	<p>Localisation : autour et sur les yeux, pouvant irradier à la région occipitale</p> <p>Qualité : permanentes, pénibles, sourdes</p> <p>Début : progressif</p> <p>Durée : variable</p>	<p>Fatigue oculaire, sensation de « sable dans les yeux », hyperhémie conjonctivale</p> <p>↑ par surmenage oculaire, en particulier dans le travail de près</p> <p>↓ par repos oculaire</p>
<i>Glaucome aigu</i>	<p>Localisation : dans et autour d'un œil</p> <p>Qualité : permanentes, pénibles, souvent intenses</p> <p>Début : souvent rapide</p> <p>Durée : variable, peut dépendre du traitement</p>	<p>Baisse de la vision, parfois nausées et vomissements</p> <p>↑ parfois déclenchées par un collyre mydriatique</p>
<i>Céphalées des sinusites</i>	<p>Localisation : habituellement au-dessus des yeux (sinus frontaux) ou sur les sinus maxillaires</p>	<p>Douleur locale, congestion nasale, écoulement et fièvre</p> <p>↑ par la toux, les éternuements ou des coups sur le crâne</p>



TABLEAU 7-2

Céphalées secondaires (*suite*)

Problème	Caractéristiques fréquentes	Symptômes associés Facteurs déclenchants ou d'amélioration
	<p>Qualité : pénibles ou pulsatiles, d'intensité variable ; pensez à la possibilité d'une migraine</p> <p>Début : variable</p> <p>Durée : souvent plusieurs heures d'affilée, récidivant plusieurs jours ou plus longtemps</p>	<p>↓ par décongestionnants nasaux, antibiotiques</p>
<i>Méningite</i>	<p>Localisation : diffuse</p> <p>Qualité : permanentes ou pulsatiles, très intenses</p> <p>Début : très rapide</p> <p>Durée : variable, habituellement plusieurs jours</p>	<p>Fièvre, raideur de la nuque</p>
<i>Hémorragie sous-arachnoïdienne</i>	<p>Localisation : diffuse</p> <p>Qualité : très intense, atroce (« la pire de ma vie »)</p> <p>Début : brusque en général. Il peut y avoir des prodromes.</p> <p>Durée : variable, plusieurs jours en général</p>	<p>Nausées, vomissements, parfois perte de conscience, douleur cervicale</p>
<i>Tumeur cérébrale</i>	<p>Localisation : varie avec le siège de la tumeur</p> <p>Qualité : pénibles, permanentes, d'intensité variable</p> <p>Début : variable</p> <p>Durée : souvent brève</p>	<p>↑ par la toux, les éternuements et les mouvements brusques de la tête</p>



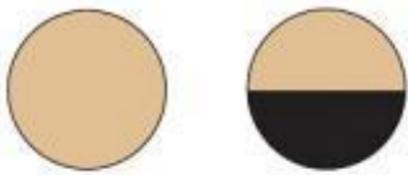
TABLEAU 7-2

Céphalées secondaires (*suite*)

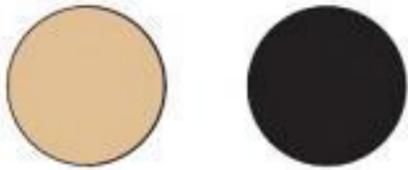
Problème	Caractéristiques fréquentes	Symptômes associés Facteurs déclenchants ou d'amélioration
<i>Névralgies crâniennes : Névralgie du trijumeau (NC V)</i>	<p>Localisation : joue, mâchoires, lèvres, gencives ; 2^e et 3^e branches du trijumeau > 1^{re} branche</p> <p>Qualité : comme un coup, un élancement, une brûlure ; intense</p> <p>Début : brusque, paroxysmique</p> <p>Durée : chaque coup dure quelques secondes, mais se répète à des intervalles de quelques secondes ou minutes</p>	<p>Épuisement par les récurrences douloureuses</p> <p>↑ par le toucher de certaines zones de la partie inférieure de la face ou le fait de mâcher, parler, se brosser les dents</p>
<i>Maladie de Horton (ou artérite temporale à cellules géantes)</i>	<p>Localisation : près de l'artère intéressée, souvent l'artère temporale, parfois l'artère occipitale ; liée à l'âge</p> <p>Qualité : pulsatile, généralisée, tenace, souvent intense</p> <p>Début : progressif ou rapide</p> <p>Durée : variable</p>	<p>Sensibilité du cuir chevelu avoisinant ; fièvre (≈ 50 % des cas), fatigue, perte de poids ; céphalée récente (≈ 60 %), claudication intermittente de la mâchoire (≈ 50 %), baisse de la vision ou cécité (≈ 15 à 20 %), rhumatisme inflammatoire des ceintures (≈ 50 %)</p> <p>↑ par mouvements du cou et des épaules</p>
<i>Céphalées post-traumatiques</i>	<p>Localisation : peuvent être localisées à la zone du traumatisme, mais pas forcément</p> <p>Qualité : généralisées, sourdes, pénibles, permanentes</p> <p>Début : dans les heures suivant le traumatisme</p> <p>Durée : des semaines, des mois, voire des années</p>	<p>Troubles de l'attention et de la mémoire, vertiges, irritabilité, agitation, fatigue</p> <p>↑ par l'effort physique ou mental, la tension, les épreuves, les émotions intenses, l'alcool</p> <p>↓ par le repos</p>

TABLEAU 7-3

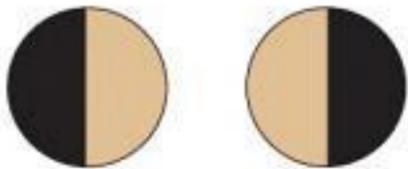
Altérations du champ visuel



Déficit horizontal, habituellement dû à une lésion vasculaire de la rétine



Cécité unilatérale, due à une lésion de la rétine ou du nerf optique



Hémianopsie bitemporale, due à une lésion du chiasma optique



Hémianopsie homonyme, due à une lésion de la bandelette optique ou des radiations optiques du côté opposé à la zone aveugle



Quadranopsie homonyme, due à une lésion partielle des radiations optiques du côté opposé à la zone aveugle

GAUCHE DROITE
*(du point de vue
du patient)*

TABLEAU 7-4

Trouvailles dans et autour de l'œil

Paupières



Ptosis. Paupière supérieure tombante, qui rétrécit la fente palpébrale, due à un trouble neurologique ou musculaire



Ectropion. Retournement vers l'extérieur du bord de la paupière inférieure, qui expose la conjonctive palpébrale



TABLEAU 7-4

Trouvailles dans et autour de l'œil (*suite*)



Entropion. Retournement vers l'intérieur du bord de la paupière inférieure, qui entraîne une irritation de la cornée et de la conjonctive

Dans et autour de l'œil



Pinguécula. Nodule jaunâtre inoffensif de la conjonctive bulbaire, de chaque côté de l'iris ; lié au vieillissement



Épisclérite. Rougeur oculaire localisée due à l'inflammation des vaisseaux épiscléraux



Orgelet. Infection du follicule pileux d'un cil, près du bord de la paupière



Chalazion. Petit nodule d'une paupière, dû à l'inflammation chronique d'une glande de Meibomius

TABLEAU 7-5

Anomalies de la papille optique

Normal**Processus**

Les petits vaisseaux papillaires donnent sa couleur normale à la papille

Aspect

La papille est jaune orangé à rose crémeux

Les vaisseaux papillaires sont petits

Les bords de la papille sont nets (sauf parfois du côté nasal)

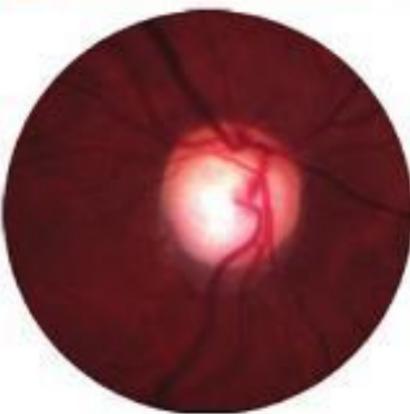
Œdème papillaire

La stase veineuse entraîne un engorgement et un gonflement

La papille est rose, hyperhémique

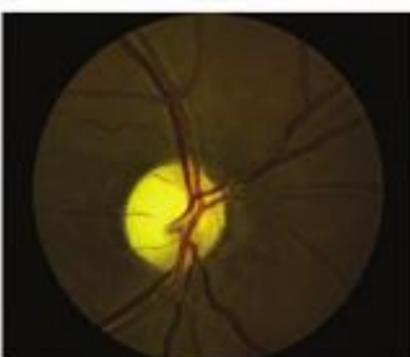
Les vaisseaux papillaires sont plus visibles, plus nombreux et se recourbent sur les bords de la papille

La papille est gonflée, avec des bords flous

Excavation glaucomateuse

Une hypertension intra-oculaire entraîne une accentuation de l'excavation (dépression de la papille) et une atrophie

Le fond de l'excavation élargie est pâle

Atrophie optique

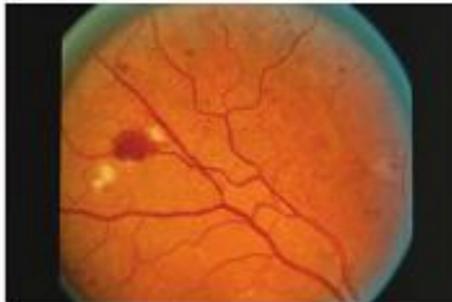
La mort des fibres du nerf optique entraîne la disparition des petits vaisseaux de la papille

La papille est blanche
Il n'y a pas de vaisseaux papillaires

TABLEAU 7-6

Rétinopathie diabétique**Rétinopathie non proliférative, modérément sévère**

Notez les petits points rouges ou microanévrismes. Notez aussi l'anneau d'exsudats durs (taches blanches) en temporal supérieur. L'épaissement, ou œdème, de la rétine dans la zone d'exsudats durs peut altérer la vision s'il atteint le centre de la macula (la détection nécessite un examen stéréoscopique spécialisé)

Rétinopathie non proliférative sévère

Dans le quadrant temporal supérieur, notez la grande hémorragie rétinienne entre deux exsudats cotonneux, l'aspect moniliforme de la veine rétinienne (juste au-dessus d'eux), et les petits vaisseaux rétiniens tortueux au-dessus de l'artère temporale supérieure (dénommés *anomalies microvasculaires intrarétiniennes*)

Rétinopathie proliférative avec néovascularisation

Notez les néovaisseaux pré-rétiniens naissant sur la papille et dépassant ses bords. L'acuité visuelle est actuellement normale, mais le risque d'une baisse de la vision sévère est élevé (la photocoagulation peut réduire ce risque de plus de 50 %)

Rétinopathie proliférative évoluée

C'est le même œil, mais 2 ans plus tard et non traité. La néovascularisation a augmenté, avec maintenant une prolifération fibreuse, une déformation de la macula et une baisse de l'acuité visuelle

Source : Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Avec l'autorisation de M. F. Davis, MD, University of Wisconsin, Madison.

TABLEAU 7-7

Anomalies du tympan

Perforation

Un trou dans le tympan, qui peut être central ou périphérique
En général due à une *otite moyenne* ou à un traumatisme

Sclérose du tympan

Une plage d'une blancheur crayeuse
Cicatrice d'une otite moyenne ancienne ; a peu ou pas de conséquences cliniques

Épanchement séreux (ou otite séreuse)

Du liquide ambré derrière le tympan, avec ou sans bulles d'air
Associé aux infections des voies aériennes supérieures ou à de brusques changements de la pression atmosphérique (plongée, voyage en avion)



TABEAU 7-7

Anomalies du tympan (suite)

Otite moyenne aiguë



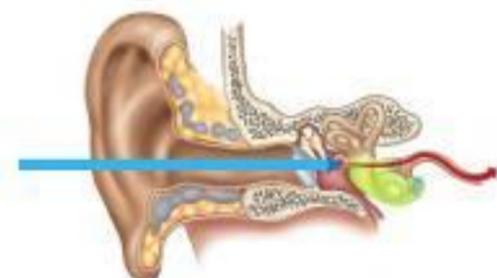
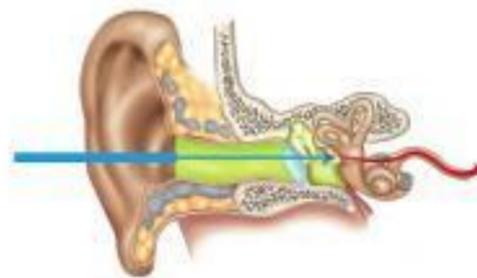
Tympan bombé, rouge, qui n'a plus de repères visibles
Associée à une infection bactérienne

TABEAU 7-8

Types de surdité

Surdité de transmission

Surdité de perception (ou neurosensorielle)



Compréhension des mots

Peu perturbée

Souvent perturbée

Effet d'un environnement bruyant

Peut aider

Aggrave les difficultés d'audition

Âge de début habituel

Enfant, adulte jeune

Âge moyen et avancé



TABLEAU 7-8

Types de surdité (*suite*)

	Surdité de transmission	Surdité de perception (ou neurosensorielle)
Conduit auditif externe et tympan	Souvent une anomalie visible	Pas de problème visible
�preuve de Weber (en cas de surdité unilatérale)	Latéralisation du son du côté de l'oreille atteinte	Latéralisation du son du côté de la bonne oreille
�preuve de Rinne	CO > CA ou CO = CA	CA > CO
Causes possibles	Obstruction du conduit auditif externe (bouchon de cérumen), otite moyenne, tympan perforé ou immobile, otosclérose, corps étranger	Traumatisme sonore, certains médicaments, infections de l'oreille interne, maladies héréditaires, vieillissement

TABLEAU 7-9

Anomalies des lèvres



Chéilite commissurale (« perleche »).
Ramollissement et fissuration des commissures de la bouche



Herpes simplex (« boutons de fièvre »).
Vésicules douloureuses puis croûtes



TABLEAU 7-9

Anomalies des lèvres (*suite*)



Œdème angioneurotique. Gonflement sous-cutané diffus, tendu, en général d'origine allergique



Angiomatose hémorragique familiale (maladie de Rendu-Osler). Taches rouges, significatives en raison d'hémorragie nasales et digestives associées



Syndrome de Peutz-Jeghers. Taches brunnâtres des lèvres et de la muqueuse buccale, significatives du fait de la polypose intestinale associée



Chancre syphilitique. Lésion ferme, qui s'ulcère et peut devenir croûteuse



Carcinome de la lèvre. Placard épais ou nodule irrégulier, qui peut s'ulcérer et devenir croûteux. Malin.

TABLEAU 7-10

Anomalies de la langue



Langue géographique. Zones dépapillées, lisses et éparses, donnant un aspect « en carte de géographie ». Anodine



Langue pileuse. Due à l'étirement des papilles, qui peuvent être jaunâtres, brunâtres ou noirâtres. Anodine



Langue plicaturée. Peut se voir chez le sujet âgé. Anodine



Langue lisse (glossite atrophique). Par disparition des papilles, due à une carence en vitamine B ou en fer, ou à des médicaments anticancéreux



Candidose (muguet). Peut donner un enduit blanchâtre épais qui, lorsqu'il est gratté, laisse apparaître une surface rouge, à vif ; la langue peut n'être que rouge ; est favorisée par les antibiotiques, les corticostéroïdes, le SIDA



TABLEAU 7-10

Anomalies de la langue (*suite*)



Leucoplasie chevelue. Zones surélevées, blanchâtres, « plumbeuses », siégeant habituellement sur les côtés de la langue



Varices linguales (« grains de caviar »). Petites tuméfactions rondes, foncées, à la face inférieure de la langue ; liées au vieillissement



Ulcération aphteuse (aphte). Petit ulcère blanchâtre, douloureux, avec un halo rouge ; cicatrise en 7 à 10 jours



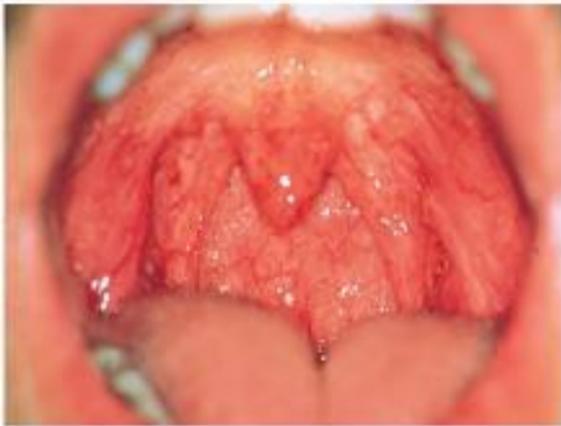
Plaqué muqueuse de la syphilis. Lésion ovale, un peu surélevée, recouverte d'une membrane grisâtre



Carcinome de la langue ou du plancher de la bouche. Tumeur maligne, qu'il faut évoquer devant tout nodule ou toute ulcération ne cicatrisant pas, sur la langue ou le plancher de la bouche

TABLEAU 7-11

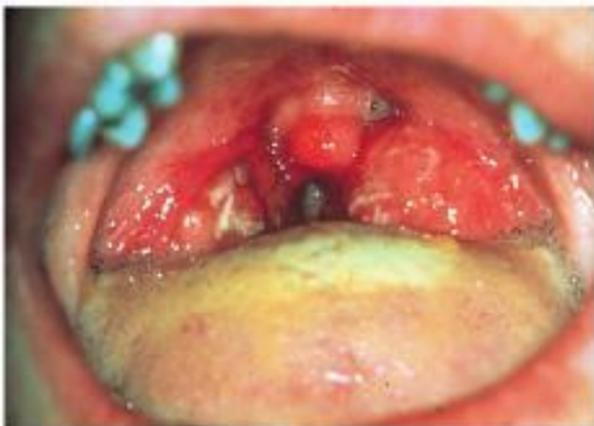
Anomalies du pharynx



Pharyngite, légère à modérée. Notez la rougeur et l'hypervascularisation des piliers et de la luette



Pharyngite, diffuse. Notez la rougeur diffuse et intense. Sa cause peut être virale ou, si le patient est fébrile, bactérienne. En l'absence de fièvre, d'exsudats et d'adéno-pathie cervicale, une infection virale est plus probable



Angine érythématopultacée. Une gorge rouge avec des plaques d'enduit blanchâtre sur les amygdales est d'origine streptococcique ou virale



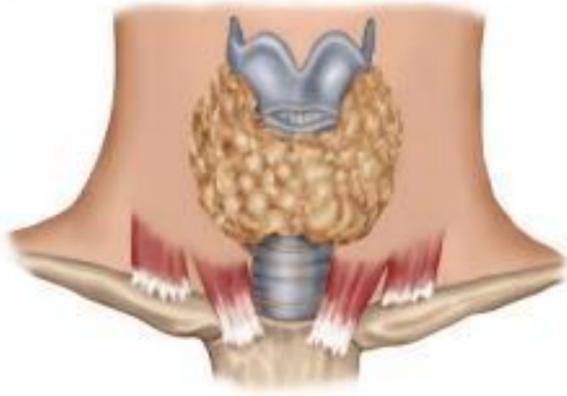
Diphthérie. Infection aiguë due à *Corynebacterium diphtheriae*. La gorge est rouge terne, et un exsudat grisâtre se forme sur la luette, le pharynx et la langue



Signe de Koplick. Ces petits points blancs qui ressemblent à des grains de sel sur un fond rouge se voient à la période d'invasion de la rougeole

TABLEAU 7-12

Anomalies de la glande thyroïde



Hypertrophie diffuse. Peut être due à une maladie de Basedow, à une thyroïdite de Hashimoto, à un goitre endémique (carence en iode) ou à un goitre sporadique



Goitre multinodulaire. Une thyroïde augmentée de volume, avec deux nodules identifiables ou plus, généralement d'origine métabolique



Nodule isolé. Peut être un kyste, une tumeur bénigne ou un cancer de la thyroïde, ou encore un nodule palpable au sein d'un goitre multinodulaire méconnu

Thorax et poumons

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Douleur thoracique.
- Essoufflement (dyspnée).
- Sifflements respiratoires (*wheezing*).
- Toux.
- Crachats sanglants (hémoptysie).

Une *douleur thoracique* ou une *gêne thoracique* fait craindre une maladie cardiaque, mais provient souvent d'affections du thorax ou des poumons. Pour cet important symptôme, ayez en tête les causes possibles ci-dessous. Voyez aussi le tableau 8-1 : « Douleur thoracique », p. 175-177.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ■ Le myocarde | Angine de poitrine (angor),
infarctus du myocarde |
| ■ Le péricarde | Péricardite |
| ■ L'aorte | Anévrisme disséquant de l'aorte |
| ■ La trachée et les grosses bronches | Bronchite |
| ■ La plèvre pariétale | Pleurésie, pneumonie |

CHAPITRE 8

- La paroi thoracique, y compris les os, les muscles et la peau
- L'œsophage
- Les structures extrathoraciques, telles que le cou, la vésicule biliaire, l'estomac

Chondrite costale, zona

Œsophagite par reflux, spasmes œsophagiens

Rhumatisme cervical, colique hépatique, gastrite

Pour les patients *qui sont essoufflés*, concentrez-vous sur les *plaintes pulmonaires*, telles que :

- dyspnée et sifflements
- toux et hémoptysie

Voir tableau 8-2 : « Dyspnée », p. 178-179

Voir tableau 8-3 : « Toux et hémoptysie » p. 180-183

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Bien que le tabagisme ait diminué au cours des dernières décennies, $\approx 23\%$ des Américains fument encore*. Conseillez à tous les adultes, femmes enceintes, parents et adolescents fumeurs d'arrêter de fumer :

- parlez du tabac à chaque consultation
- conseillez régulièrement aux patients d'arrêter de fumer, de façon claire et personnalisée
- évaluez la volonté d'arrêter du patient

* CDC (Centers for Diseases Control). At A Glance. Targeting tobacco use : the nation's leading cause of death, 2004. Accessible sur : www.cdc.gov/nccdphp/aag/pdf/aag_osh2004.pdf. Visité le 11 septembre 2007.

- aidez les patients à se fixer des dates pour s'arrêter et procurez-leur un matériel d'autoassistance
- programmez des consultations de suivi pour surveiller et soutenir les progrès du patient

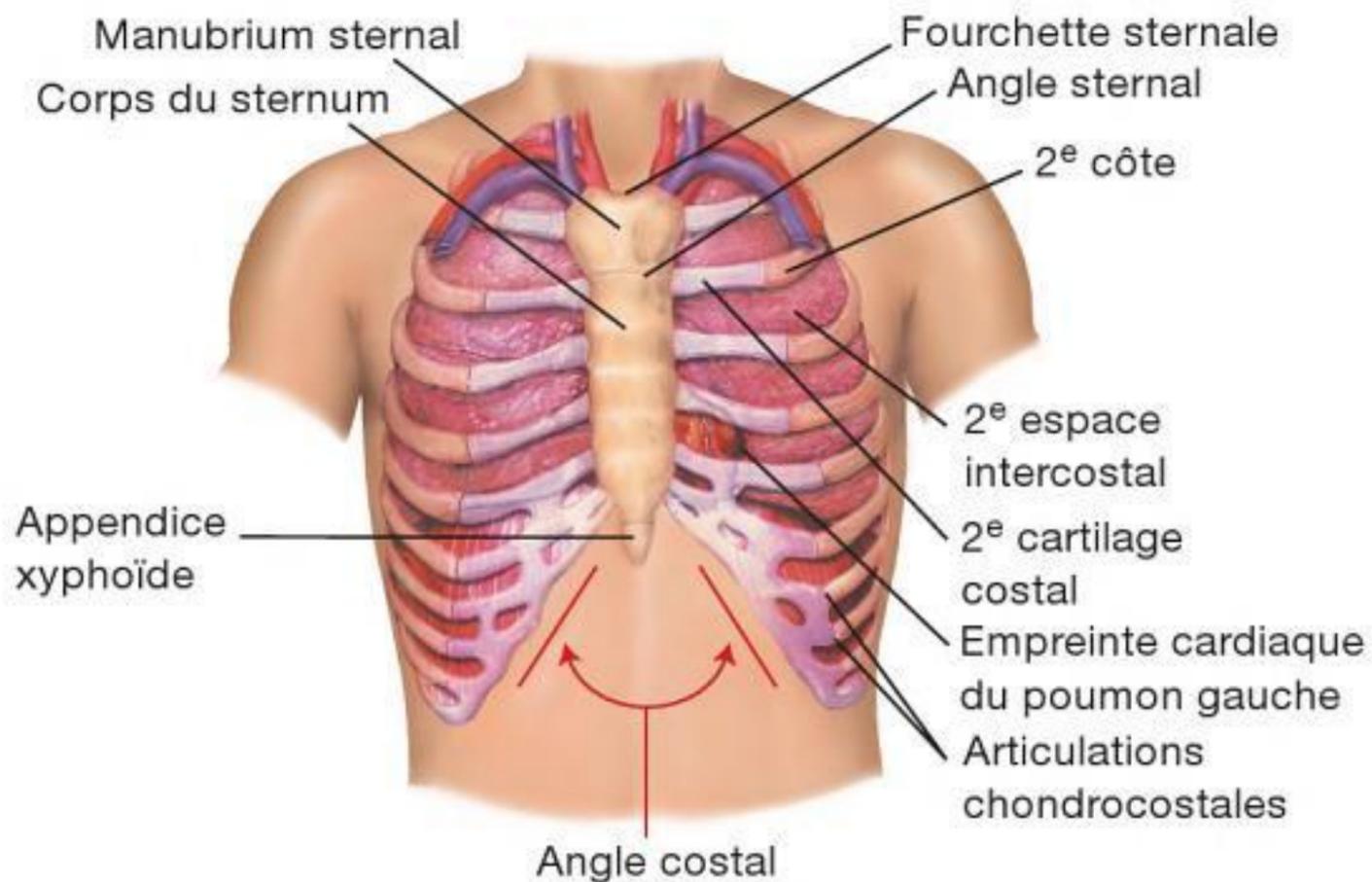
Vaccinez les groupes à risque contre la grippe et la pneumonie.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

PREMIER EXAMEN DU THORAX



Inspectez le thorax et les mouvements respiratoires

Notez :

- la fréquence, le rythme, l'amplitude et l'aisance de la respiration

Tachypnée, hyperpnée, respiration de Cheyne-Stokes

TECHNIQUES D'EXAMEN

- un creusement sus-claviculaire à l'inspiration
- une contraction des sterno-cléidomastoïdiens à l'inspiration

Observez la forme du thorax du patient.

Écoutez la respiration du patient :

- fréquence et rythme respiratoires
- stridor ?
- sifflements ?

CONSTATATIONS POSSIBLES

Se voit dans la maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO), l'asthme, l'obstruction des voies aériennes supérieures

Indique une gêne respiratoire sévère

Normale ou en tonneau (voir tableau 8-4 : « Déformations du thorax », p. 184-185)

14 à 16 respirations/minute chez l'adulte (voir chap. 4, p. 75)

Stridor dans l'obstruction des voies aériennes supérieures, due à un corps étranger ou à une épiglottite

Sifflements expiratoires dans l'asthme et la MPCO

THORAX POSTÉRIEUR

Inspectez le thorax à la recherche de :

- déformations ou asymétrie
- tirage intercostal anormal
- altération ou décalage unilatéral (ou asynchronisme) des mouvements respiratoires

Cyphoscoliose

Tirage dans l'obstruction des voies respiratoires

Maladie du poumon ou de la plèvre sous-jacents, paralysie du nerf phrénique

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

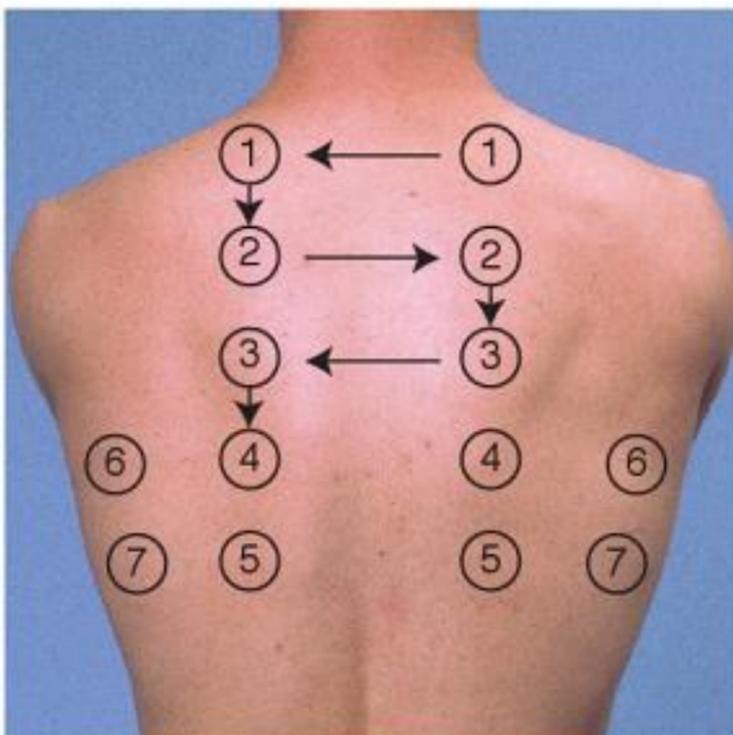
Palpez le thorax :

- zones douloureuses
- évaluation d'anomalies visibles
- ampliation thoracique



- vibrations vocales quand le patient dit « 33 »

Percutez le thorax dans les zones indiquées sur la photo, en comparant le côté droit avec le côté gauche à chaque niveau et en progressant « en barreaux d'échelle ».



Fractures de côtes

Masses, fistules

Altération bilatérale dans la MPCO et les maladies pulmonaires restrictives

Diminution ou augmentation, généralisée ou localisée

Matité, quand un épanchement liquidien ou une « condensation » remplacent le poumon normalement aéré ; *hypersonorité* dans l'emphysème et le pneumothorax

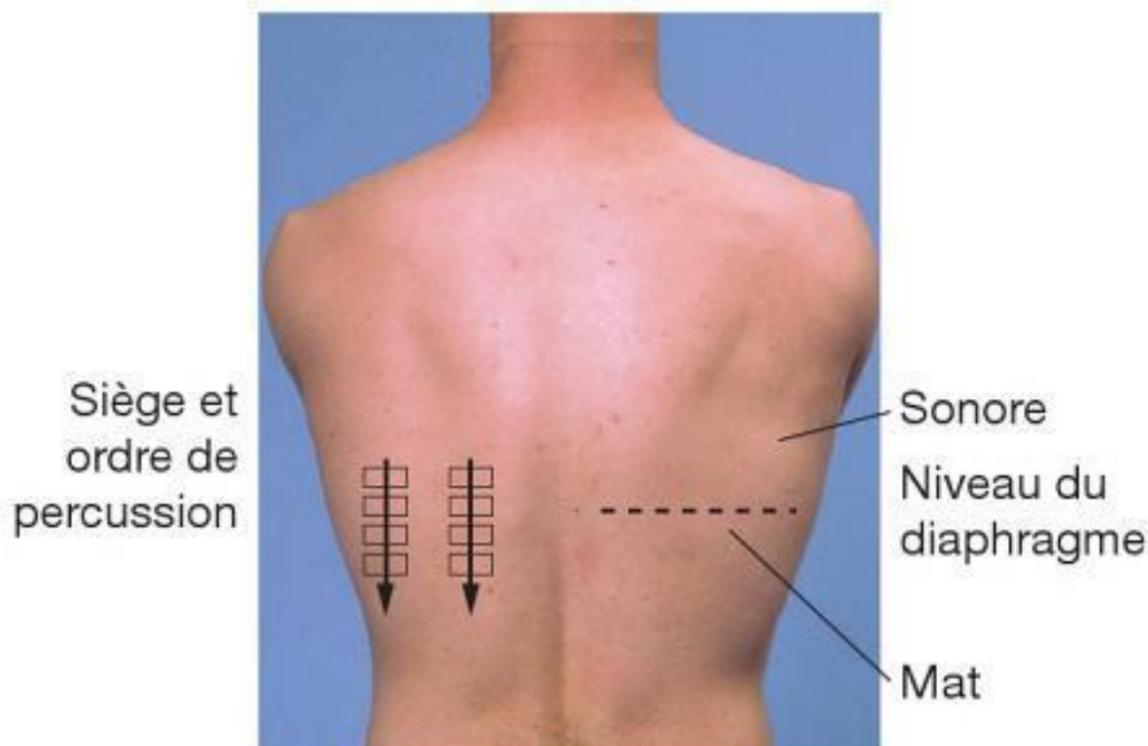


Sons de percussion

	Intensité, hauteur et durée relatives	Exemples
Matité franche	Faible /aiguë /brève	Épanchement pleural abondant
Sub-matité	Moyenne /moyenne /moyenne	Pneumonie lobaire
Sonorité	Forte /grave /longue	Poumon normal ; bronchite chronique non compliquée
Hypersonorité	Plus forte /plus grave /plus longue	Emphysème, pneumothorax
Tympanisme	Forte /aiguë (le timbre est musical)	Pneumothorax important

Localisez le niveau de la sub-matité diaphragmatique en percutant des deux côtés et **estimez** la course diaphragmatique après une inspiration profonde.

Un épanchement pleural ou une paralysie diaphragmatique élèvent la limite supérieure de la sub-matité



TECHNIQUES D'EXAMEN

Auscultez le thorax, en progressant « en barreaux d'échelle » et en comparant le côté droit et le côté gauche.

- Évaluez les bruits respiratoires.
- Notez les bruits surajoutés (adventices) éventuels.

Précisez leurs qualités, leur temps respiratoire et leur localisation sur la paroi thoracique. Disparaissent-ils dans l'inspiration profonde ou après la toux ?

CONSTATATIONS POSSIBLES

Voir tableau 8-5 : « Signes physiques dans diverses affections thoraciques », p. 186-187

Murmure vésiculaire, bruits bronchovésiculaires et bruits bronchiques ; diminution des bruits respiratoires en cas de diminution du débit aérien

Craquements (râles crépitants et sous-crépitanants) et bruits continus (sifflements et ronchi)

Bruits respiratoires

	Durée	Intensité et hauteur du bruit expiratoire	Exemple de localisation
Murmure vésiculaire 	Insp. > exp.	Faible/grave	La plus grande partie des poumons
Bruits bronchovésiculaires 	Insp. = exp.	Moyenne/moyenne	1 ^{er} et 2 ^e espaces intercostaux, zone interscapulaire



Bruits respiratoires (suite)

Bruits bronchiques 	Exp. > insp.	Forte/aiguë	Sur le manubrium ; dans la pneumonie lobaire
Bruits trachéaux 	Insp. = exp.	Très forte/aiguë	Sur la trachée

La longueur du trait indique la durée ; son épaisseur, l'intensité ; sa pente, la hauteur du bruit.

Bruits respiratoires surajoutés

Craquements (râles crépitants et sous-crépitanants)	Sifflements et ronchi
<ul style="list-style-type: none"> ■ Discontinus ■ Intermittents, non musicaux et brefs ■ Comme des points dans le temps ■ <i>Craquements fins</i> (râles crépitants proprement dits) : doux, aigus, très brefs (5 à 10 ms) ■ <i>Craquements grossiers</i> (râles sous-crépitanants) : un peu plus forts, plus graves, brefs (20 à 30 ms) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Continus ■ ≥ 250 ms, musicaux, prolongés (ne persistent pas forcément pendant tout le cycle respiratoire) ■ Comme des tirets dans le temps ■ <i>Sifflements</i> : relativement aigus (≥ 400 Hz), avec un caractère sifflant ou strident  ■ <i>Ronchi</i> : relativement graves (≤ 200 Hz), avec un caractère ronflant 

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Étudiez la transmission de la voix si vous avez entendu des bruits bronchiques dans des lieux inhabituels. Demandez au patient de :

- dire à haute voix « 33 » et « éé »
- chuchoter « 33 » ou « 1, 2, 3 »

Bronchophonie et égophonie

Pectoriloquie aphone

Transmission de la voix

À travers des poumons normalement aérés

Mots dits à haute voix, assourdis et indistincts

L'« éé » dit est entendu « éé »

Mots chuchotés faibles et indistincts, voire inaudibles

Habituellement, murmure vésiculaire et vibrations vocales normaux

À travers des poumons non aérés*

Mots dits à haute voix, plus forts et plus nets (*bronchophonie*)

L'« éé » dit est entendu « ai » (*égophonie*)

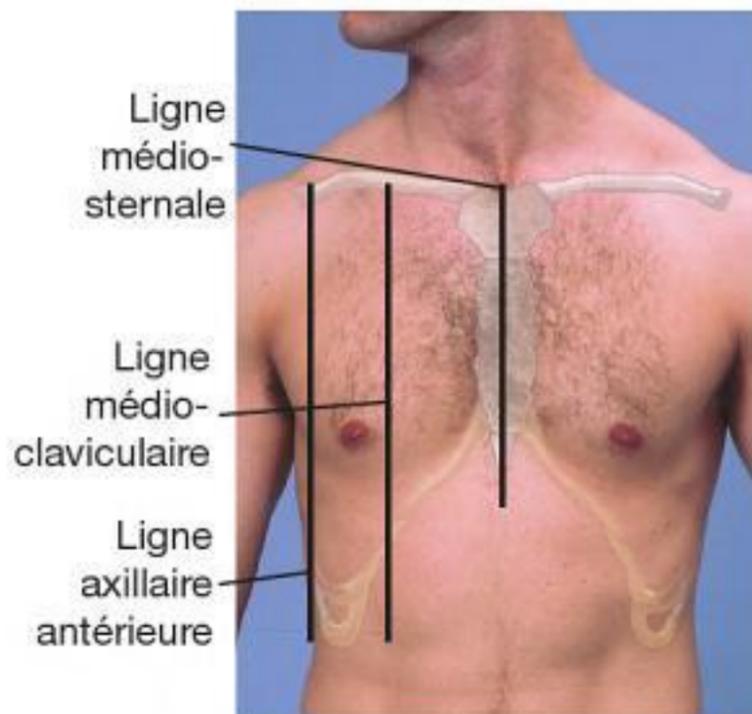
Mots chuchotés plus forts et plus nets (*pectoriloquie aphone*)

Habituellement, bruits bronchiques et bronchovésiculaires surajoutés et vibrations vocales augmentées

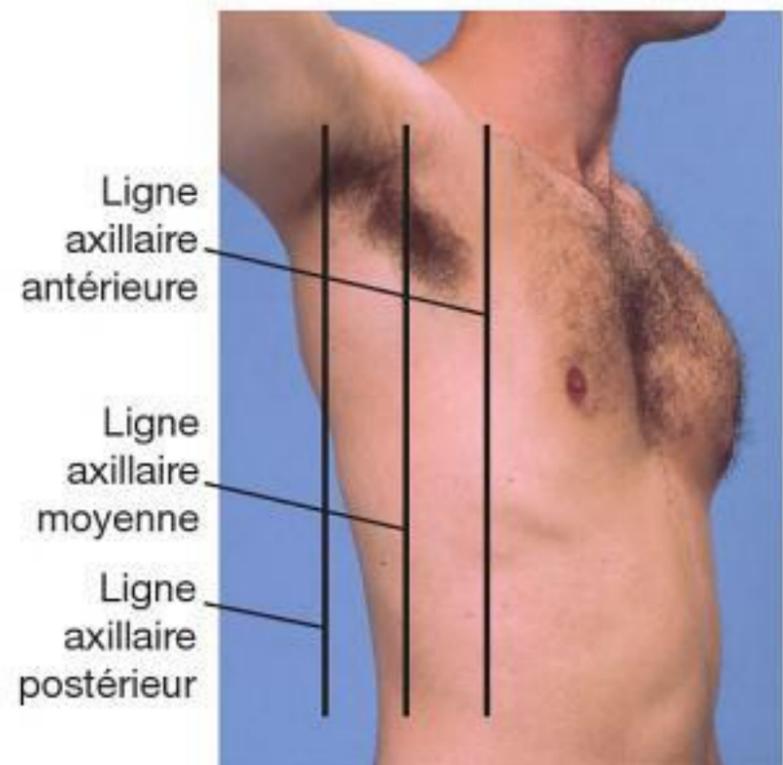
* Comme dans la pneumonie lobaire et au sommet d'un épanchement pleural abondant.

Pendant que le patient est encore assis, vous pouvez inspecter les seins et examiner les aisselles et les ganglions épitrochléens, et examiner l'articulation temporomandibulaire et l'appareil locomoteur aux membres supérieurs.

THORAX ANTÉRIEUR



VUE ANTÉRIEURE



VUE OBLIQUE ANTÉRIEURE DROITE

Inspectez le thorax :

- déformations ou asymétrie ?
- tirage intercostal ?
- altération ou décalage des mouvements respiratoires ?

Palpez le thorax :

- zones douloureuses ?
- évaluation d'anomalies visibles
- ampliation thoracique ?
- vibrations vocales ?

Pectus excavatum

Par obstruction des voies aériennes

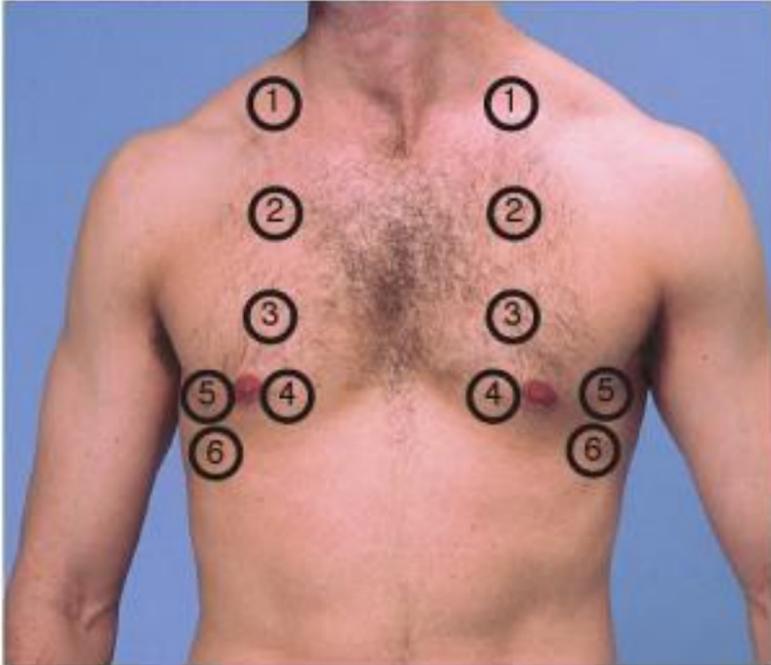
Maladie du poumon ou de la plèvre sous-jacents, paralysie du nerf phrénique

Muscles pectoraux sensibles, chondrite costale

Volet costal

TECHNIQUES D'EXAMEN

Percutez le thorax dans les zones indiquées sur le schéma.



CONSTATATIONS POSSIBLES

La sub-matité normale du cœur peut disparaître en cas d'emphysème

Auscultez le thorax. Notez :

- les bruits respiratoires
- les bruits surajoutés
- et, si c'est indiqué, la transmission de la voix

→ TECHNIQUES SPÉCIALES

🔑 ÉVALUATION DE LA FONCTION PULMONAIRE

Descendez avec le patient dans le hall, ou montez un escalier avec lui. Notez la fréquence, l'effort et le bruit de la respiration, et recherchez des symptômes.

Les adultes âgés qui font 8 pas en moins de 3 secondes ont moins de risques d'être handicapés que ceux qui le font en 5-6 secondes



TEMPS D'UNE EXPIRATION FORCÉE

Demandez au patient d'inspirer profondément, puis d'expirer aussi rapidement et complètement que possible, avec la bouche ouverte.

Auscultez la trachée avec la membrane du stéthoscope, et chronométrez le temps d'expiration audible. Essayez de faire 3 mesures concordantes, en permettant au patient de se reposer entre elles autant que nécessaire.

Si le patient comprend et coopère bien, un temps d'expiration forcée de 6 à 8 secondes suggère fortement une MPCO

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : thorax et poumons

« Le thorax est symétrique, avec une bonne ampliation. Poumons sonores. Murmure vésiculaire audible ; pas de râles crépitants, de sifflements ni de ronchi. Course du diaphragme de 4 cm de chaque côté. »

Ou

« Thorax symétrique avec cyphose modérée et diamètre antéro-postérieur augmenté, ampliation diminuée. Poumons hyper-sonores. Murmure vésiculaire lointain, avec phase expiratoire retardée et sifflements expiratoires diffus. Vibrations vocales diminuées ; pas de bronchophonie, d'égophonie ni de pectoriloquie de la voix chuchotée. Course du diaphragme de 2 cm de chaque côté. »

(Suggère une MPCO)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 8-1

Douleur thoracique

Problème et localisation

Qualité, intensité, chronologie et symptômes associés

Cardiovasculaire

Angine de poitrine (angor)

Rétrosternale ou en barre thoracique antérieure, irradiant parfois aux épaules, aux bras, au cou, à la mâchoire inférieure, ou à la partie supérieure de l'abdomen

Qualité : à type de pression, constriction, oppression, pesanteur, parfois brûlure

Intensité : faible à modérée ; parfois perçue plus comme une gêne que comme une véritable douleur

Durée : en général de 1 à 3 min, mais jusqu'à 10 min. Épisodes prolongés jusqu'à 20 min

Symptômes associés : parfois dyspnée, nausées et sueurs

Infarctus du myocarde

Identique à l'angor

Qualité : identique à l'angor

Intensité : douleur souvent, mais pas toujours, intense

Durée : de 20 min à plusieurs heures

Symptômes associés : nausées, vomissements, sueurs, faiblesse

Péricardite

Précordiale : peut irradier à l'épaule et au cou

Qualité : aiguë, en coup de poignard

Intensité : souvent intense

Durée : persistante

Symptômes associés : ceux de la maladie sous-jacente ; soulagement en se penchant en avant



TABLEAU 8-1

Douleur thoracique (*suite*)

Problème et localisation

Qualité, intensité, chronologie et symptômes associés

*Rétro-sternale***Qualité** : constrictive**Intensité** : intense**Durée** : persistante**Symptômes associés** : ceux de la maladie sous-jacente*Anévrisme disséquant de l'aorte*

Thoracique antérieure, irradiant dans le cou, le dos ou l'abdomen

Qualité : à type de déchirure, arrachement**Intensité** : très intense**Durée** : début brusque, maximum précoce, persistance pendant des heures ou plus**Symptômes associés** : syncope, hémiplégie, paraplégie**Pulmonaire***Trachéobronchite*

À la partie supérieure du sternum ou d'un côté ou de l'autre du sternum

Qualité : à type de brûlure**Intensité** : faible à modérée**Durée** : variable**Symptômes associés** : toux*Douleur pleurale*

Sur la paroi thoracique, au niveau du processus

Qualité : aiguë, en coup de poignard**Intensité** : souvent intense**Durée** : persistante**Symptômes associés** : ceux de la maladie sous-jacente

TABLEAU 8-1

Douleur thoracique (*suite*)

Problème et localisation

Qualité, intensité, chronologie et symptômes associés

Digestif ou autre*Œsophagite par reflux*

Rétrosternale, pouvant irradier dans le dos

Qualité : à type de brûlure, parfois constrictive

Intensité : faible à intense

Durée : variable

Symptômes associés : parfois régurgitations, dysphagie

Spasmes diffus de l'œsophage

Rétrosternale, pouvant irradier dans le dos, les bras et la mâchoire

Qualité : habituellement constrictive

Intensité : faible à intense

Durée : variable

Symptômes associés : dysphagie

Douleurs pariétales

Souvent sous le sein gauche ou le long des cartilages costaux ; parfois ailleurs

Qualité : en coup de poignard, piqure d'aiguille ou sourde

Intensité : variable

Durée : évoluant sur des heures ou des jours

Symptômes associés : souvent douleur provoquée localement

Anxiété/Attaque de panique

TABLEAU 8-2

Dyspnée

Problème	Allure évolutive	Facteurs déclenchants ou d'amélioration
Insuffisance cardiaque gauche (<i>insuffisance ventriculaire gauche, rétrécissement mitral</i>)	La dyspnée peut s'aggraver lentement ou brusquement, comme dans l'œdème aigu du poumon	↑ par l'effort, le décubitus dorsal ↓ par le repos, la position assise, mais la dyspnée peut devenir permanente Symptômes associés : souvent toux, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, parfois sifflements
Bronchite chronique (<i>peut se voir avec une MPCO</i>)	Toux productive chronique suivie d'une dyspnée s'aggravant lentement	↑ par l'effort, l'inhalation d'irritants, les infections respiratoires ↓ par l'expectoration, le repos, mais la dyspnée peut devenir permanente Symptômes associés : toux productive chronique, infections respiratoires récidivantes, possibilité de sifflements
Maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO)	Dyspnée s'aggravant lentement ; ultérieurement, toux relativement modérée	↑ par l'effort ↓ par le repos, mais la dyspnée peut devenir permanente Symptômes associés : toux, avec crachats muqueux, peu abondants
Asthme	Épisodes aigus, séparés par des intervalles libres. Les accès sont souvent nocturnes	↑ par des allergènes, des irritants, les infections pulmonaires, l'effort, les émotions



TABLEAU 8-2

Dyspnée (suite)

Problème	Allure évolutive	Facteurs déclenchants ou d'amélioration
Embolie pulmonaire aiguë	Dyspnée à début brutal	<p>↓ par l'éviction des facteurs ci-dessus</p> <p>Symptômes associés : sifflements, toux, oppression thoracique</p>
Pneumonie	Maladie aiguë ; l'allure évolutive dépend de l'agent en cause	Symptômes associés : douleur pleurale, toux, expectoration, fièvre, mais pas obligatoirement
Maladies pulmonaires interstitielles diffuses (sarcoïdose, cancer, asbestose, fibrose pulmonaire idiopathique)	Dyspnée progressive, dont l'allure évolutive dépend de la cause	<p>↑ par l'effort</p> <p>↓ par le repos, mais la dyspnée peut de venir permanente</p> <p>Symptômes associés : souvent faiblesse, fatigue ; toux moins fréquente que dans les autres maladies pulmonaires</p>
Pneumothorax spontané	Dyspnée à début brutal	Symptômes associés : douleur pleurale, toux

TABLEAU 8-3

Toux et hémoptysie

Problème

Toux, expectoration, symptômes associés et circonstances de survenue

Inflammation aiguë

Laryngite

Toux et expectoration : toux sèche ou plus ou moins productive

Symptômes associés et circonstances de survenue : maladie aiguë, en général bénigne, avec enrrouement. Peut être associée à une rhinopharyngite virale

Trachéobronchite

Toux et expectoration : toux sèche ou productive

Symptômes associés et circonstances de survenue : maladie aiguë, souvent virale, avec gêne rétrosternale à type de brûlure

Pneumonies virales et à mycoplasmes

Toux : sèche et brûlante

Expectoration : souvent muqueuse

Symptômes associés et circonstances de survenue : maladie aiguë fébrile, souvent avec malaise, céphalées et parfois dyspnée

Pneumonies bactériennes

Toux et expectoration : dans l'*infection à pneumocoques*, expectoration muqueuse ou purulente, parfois striée de sang, uniformément rose ou rouille. Dans l'*infection à Klebsielles*, comme pour les pneumocoques, ou rouge, collante, ressemblant à de la gelée

Symptômes associés et circonstances de survenue : maladie aiguë, avec frissons, fièvre élevée, dyspnée et douleur thoracique ; souvent précédée par une infection des voies aériennes supérieures. *Klebsielles* souvent chez des hommes alcooliques âgés



TABLEAU 8-3

Toux et hémoptysie (*suite*)

Problème

Toux, expectoration, symptômes associés et circonstances de survenue

Inflammation chronique

*Rhinorrhée postérieure***Toux** : chronique**Expectoration** : muqueuse ou mucopurulente**Symptômes associés et circonstances de survenue** : essais répétés pour s'éclaircir la gorge. Rhinorrhée postérieure, écoulement dans le pharynx. Associée à une rhinite chronique, avec ou sans sinusite*Bronchite chronique***Toux** : chronique**Expectoration** : muqueuse à purulente ; peut être striée de sang, voire sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue** : souvent tabagisme ancien. Surinfections récidivantes ; souvent sifflements et dyspnée*Dilatation des bronches (ou bronchectasies)***Toux** : chronique**Expectoration** : purulente, souvent abondante et fétide ; peut être striée de sang ou sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue** : infections bronchopulmonaires récidivantes fréquentes ; une sinusite peut coexister*Tuberculose pulmonaire***Toux et expectoration** : toux sèche ou productive, et alors expectoration muqueuse ou purulente, parfois striée de sang ou sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue** : au début, pas de symptômes. Plus tard, anorexie, amaigrissement, fatigue, fièvre et sueurs nocturnes

TABLEAU 8-3

Toux et hémoptysie (*suite*)

Problème

Toux, expectoration, symptômes associés et circonstances de survenue

*Abcès du poumon***Toux et expectoration :** expectoration purulente et fétide, pouvant être sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue :** maladie fébrile. Souvent mauvaise hygiène dentaire et épisode antérieur de troubles de la conscience*Asthme***Toux et expectoration :** expectoration muqueuse épaisse, surtout à la fin de la crise**Symptômes associés et circonstances de survenue :** sifflements et dyspnée épisodiques, mais la toux peut survenir isolément. Souvent des antécédents d'allergie*Reflux gastro-œsophagien***Toux et expectoration :** toux chronique, surtout la nuit ou au petit matin**Symptômes associés et circonstances de survenue :** sifflements, surtout la nuit (confusion fréquente avec l'asthme), enrouement matinal, essais répétés pour s'éclaircir la gorge. Souvent antécédents de pyrosis et de régurgitations**Néoplasie***Cancer du poumon***Toux :** sèche ou productive**Expectoration :** peut être striée de sang ou sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue :** habituellement un long passé de tabagisme

TABLEAU 8-3

Toux et hémoptysie (*suite*)

Problème

Toux, expectoration, symptômes associés et circonstances de survenue

Troubles cardiovasculaires

*Insuffisance
ventriculaire gauche
et rétrécissement
mitral*

Toux : souvent sèche, surtout à l'effort ou la nuit

Expectoration : peut devenir rosée et mousseuse, comme dans l'œdème pulmonaire, ou franchement hémorragique (hémoptysie)

Symptômes associés et circonstances de survenue : dyspnée, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne

Embolie pulmonaire

Toux : sèche ou productive

Expectoration : peut être noirâtre, rouge vif ou mélangée à du sang

Symptômes associés et circonstances de survenue : dyspnée, anxiété, douleur thoracique, fièvre ; facteurs favorisant les thromboses veineuses profondes

Particules, produits chimiques et gaz irritants

Toux et expectoration : variables. Il peut y avoir un intervalle libre entre l'exposition et les premiers symptômes (période de latence)

Symptômes associés et circonstances de survenue : exposition aux irritants ; symptômes oculaires, nasaux et pharyngés

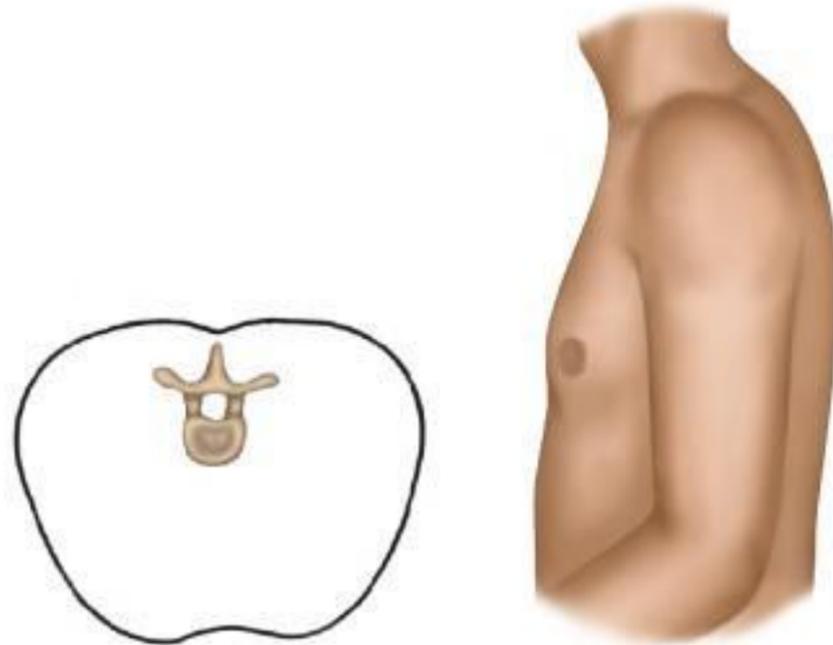
TABLEAU 8-4

Déformations du thorax

Coupe transversale du thorax

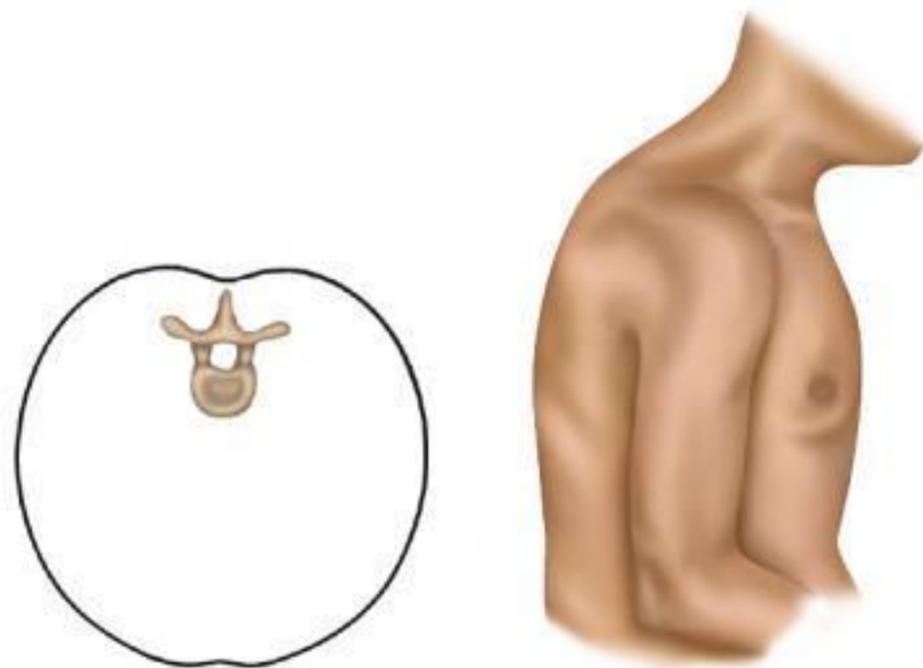
Adulte normal

Le thorax est plus large que profond, c'est-à-dire que son diamètre transversal est plus grand que son diamètre antéropostérieur (DAP)



Thorax en tonneau

A un DAP augmenté. Se voit normalement chez le petit nourrisson et le sujet âgé ; se voit aussi dans la MPCO



Volet costal traumatique

En cas de fractures de côtes multiples, on peut voir des mouvements paradoxaux du thorax. À l'inspiration, la descente du diaphragme diminue la pression intrathoracique ; le volet peut s'enfoncer. À l'expiration, il ressort

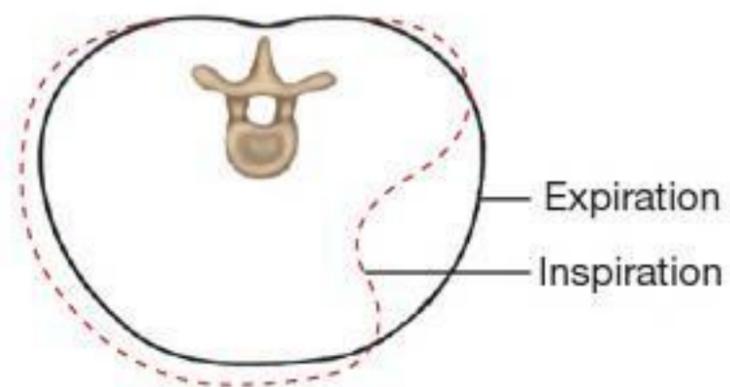


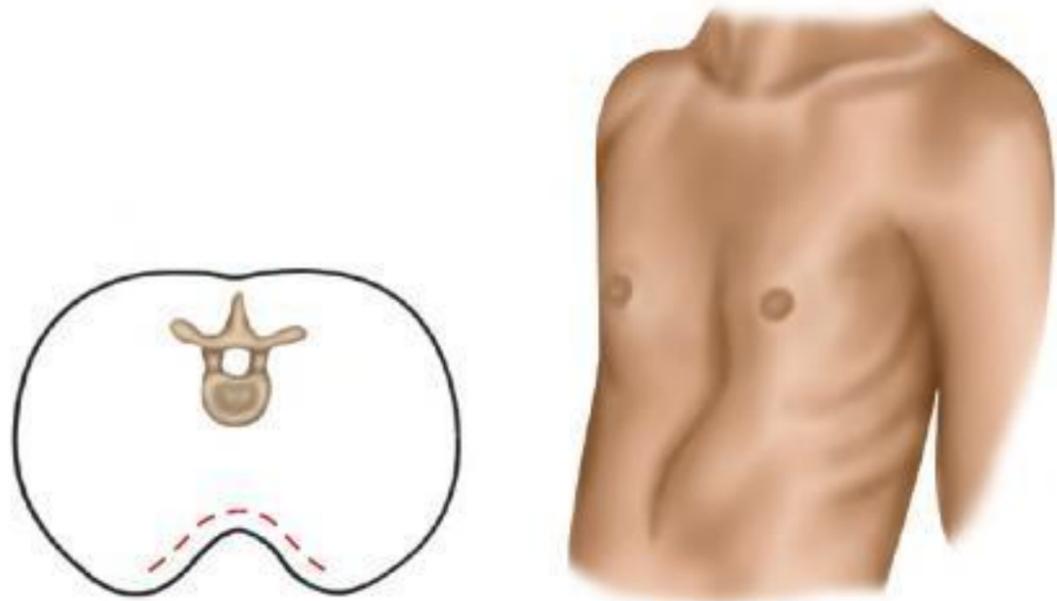
TABLEAU 8-4

Déformations du thorax (*suite*)

Coupe transversale du thorax

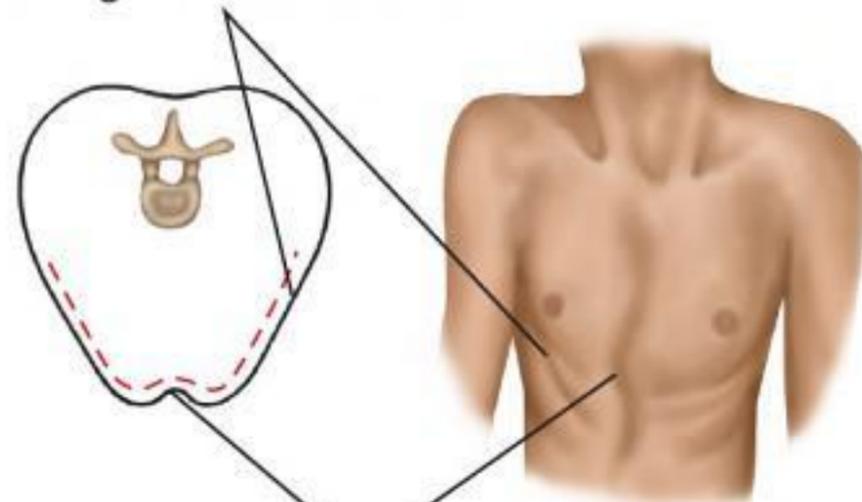
Thorax en entonnoir (*pectus excavatum*)

Dépression de la partie inférieure du sternum. La compression du cœur et des gros vaisseaux peut entraîner des souffles

**Thorax en bréchet ou en carène (*pectus carinatum*)**

Le sternum est projeté en avant, ce qui augmente le DAP du thorax. Les cartilages costaux adjacents à la saillie sternale sont enfoncés

Cartilages costaux enfoncés

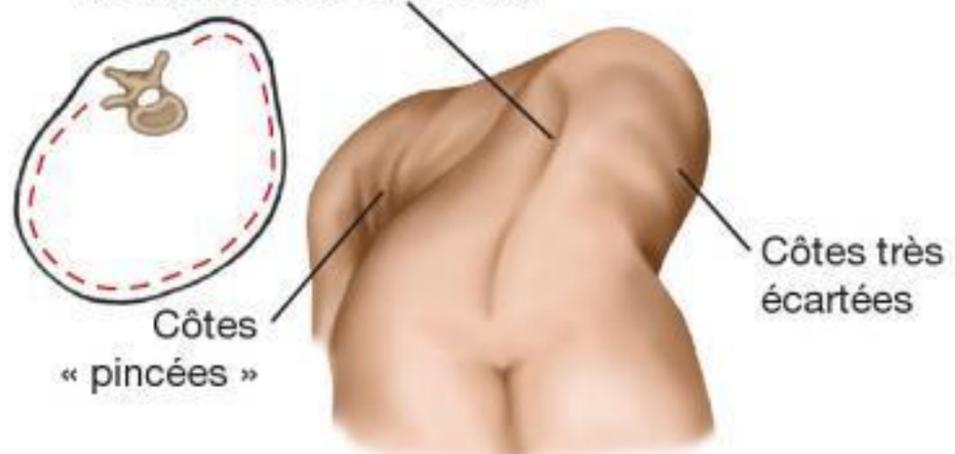


Sternum saillant en avant

Cyphoscoliose thoracique

Dans la cyphoscoliose thoracique, des courbures rachidiennes et une rotation vertébrale anormales déforment le thorax. La distorsion des poumons sous-jacents peut rendre très difficile l'interprétation de l'examen thoracique

Convexité du rachis vers la droite (patient penché en avant)



Côtes « pincées »

Côtes très écartées

TABLEAU 8-5 Signes physiques dans diverses affections thoraciques

	Trachée	Son de percussion	Bruits respiratoires	Transmission de la voix	Bruits surajoutés
Bronchite chronique	Médiane	Sonorité	Normaux	Normale	Aucun, ou des sifflements, des ronchi, des crépitants
Insuffisance cardiaque (au début)	Médiane	Sonorité	Normaux	Normale	Crépitants en fin d'inspiration, aux bases pulmonaires ; possibilité de sifflements
Condensation*	Médiane	Sub-matité	Bronchiques	Augmentée**	Crépitants en fin d'inspiration

* Comme dans la pneumonie lobaire, l'œdème pulmonaire ou l'hémorragie pulmonaire.

** Avec vibrations vocales augmentées, bronchophonie, égophonie, et pectoriloquie aphone.



TABLEAU 8-5 Signes physiques dans diverses affections thoraciques (*suite*)

	Trachée	Son de percussion	Bruits respiratoires	Transmission de la voix	Bruits surajoutés
Atélectasie (lobaire)	Peut être déviée vers l'atélectasie	Sub-matité	En général absents	En général absente	Aucun
Épanchement pleural (abondant)	Peut être déviée du côté opposé	Sub-matité	Diminués ou absents	Diminuée ou absente	En général aucun ; possibilité de frottement pleural
Pneumothorax	Peut être déviée du côté opposé	Hypersonorité ou tympanisme	Diminués ou absents	Diminuée ou absente	Possibilité de frottement pleural
MPCO	Médiane	Hypersonorité	Diminués ou absents	Diminuée	Aucun, sauf bronchite associée
Asthme	Médiane	Sonorité à hypersonorité	Peuvent être couverts par les sifflements	Diminuée	Sifflements, parfois crépitants

Appareil cardiovasculaire

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Douleur thoracique.
- Palpitations.
- Essoufflement (dyspnée) : dyspnée d'effort, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne.
- Gonflement ou œdème.

Quand vous entendez un patient se plaindre de *douleur ou de gêne thoracique*, vous devez toujours avoir présentes à l'esprit des affections graves telles que l'*angine de poitrine*, l'*infarctus du myocarde*, ou encore l'*anévrisme disséquant de l'aorte*. Recherchez aussi des palpitations, une orthopnée, une dyspnée paroxystique nocturne (DPN) et des œdèmes.

- Les *palpitations* sont la perception désagréable des battements du cœur.
- L'*essoufflement* peut correspondre à une dyspnée d'effort, une orthopnée ou une DPN.
 - La *dyspnée d'effort* est une sensation désagréable de respiration inadaptée à un niveau d'effort donné.
 - L'*orthopnée* est une dyspnée qui survient quand le patient est en décubitus dorsal et s'améliore quand il s'assied. Elle

évoque une *insuffisance ventriculaire gauche* ou un *rétrécissement mitral* ; elle peut aussi aller avec une *maladie pulmonaire obstructive*.

- La *DPN* décrit des accès de dyspnée et d'orthopnée brusques, qui réveillent le patient dans son sommeil, en général 1 à 2 heures après le coucher, et qui l'obligent à s'asseoir, à se lever ou à aller ouvrir une fenêtre pour « prendre de l'air ».
- L'*œdème* désigne une accumulation excessive de liquides dans les espaces interstitiels ; il se manifeste par un gonflement. L'*œdème déclive* se collecte dans les parties les plus basses du corps (pieds et jambes) ou dans la région lombosacrée chez le patient alité.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Dépistage de l'hypertension artérielle.
- Dépistage de la maladie coronarienne et de l'accident vasculaire cérébral (AVC).
- Dépistage des dyslipidémies.
- Promotion d'un changement du mode de vie et réduction des facteurs de risque.

La maladie cardiovasculaire est la première cause de décès chez les hommes et les femmes américains. La *prévention primaire*, pour ceux qui n'ont pas de signes de maladie cardiovasculaire, et la *prévention secondaire*, pour ceux qui ont des troubles cardiovasculaires connus (par exemple, une angine de poitrine), restent des priorités cliniques importantes. L'éducation et les conseils permet-

tront à vos patients de maintenir des niveaux optimaux de pression artérielle, cholestérol, poids et exercice physique et de réduire les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire et d'AVC.

Dépistage de l'hypertension artérielle. L'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) recommande de *dépister l'hypertension artérielle chez tous les adultes à partir de 18 ans*. Le septième rapport du *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 7) a publié une classification de la pression artérielle (PA) plus simple et plus rigoureuse (voir tableau p. 74). Notez que :

- la PA normale est définie comme < 120/80 mmHg. Les interventions portant sur le mode de vie doivent débiter pour des PA de 120-139/80-89 mmHg, appelées **préhypertension** ;
- l'adoption d'un mode de vie sain par tout le monde est considérée comme indispensable.

Dépistage de la maladie coronarienne et de l'AVC. L'*American Heart Association* (AHA) recommande un *dépistage des facteurs de risque* à partir de 20 ans et une *estimation du risque absolu global de maladie coronarienne (MC)* chez tous les adultes à partir de 40 ans.

Évaluation du risque chez les adultes à partir de 20 ans	
Facteurs de risque	Fréquence de l'évaluation
Antécédents familiaux de maladie coronarienne	Mise à jour régulière
Consommation de tabac Régime Consommation d'alcool Exercice physique	À chaque consultation systématique



Évaluation du risque chez les adultes à partir de 20 ans (suite)

Facteurs de risque	Fréquence de l'évaluation
Pression artérielle Indice de masse corporelle Tour de taille Pouls (pour déceler une fibrillation auriculaire)	À chaque consultation systématique (au moins une fois tous les 2 ans)
Profil des lipoprotéines (à jeun)	Au moins une fois tous les 5 ans
Glycémie à jeun	Si facteurs de risque d'hypercholestérolémie ou diabète sucré, une fois tous les 2 ans

ESTIMATION DU RISQUE GLOBAL SUR 10 ANS DE MALADIE CORONARIENNE (MC) CHEZ LES ADULTES DE 40 ANS ET PLUS

- ✓ Établissez un score de risque multiple de MC fondé sur l'âge et le sexe, la consommation de tabac, la PA systolique (et parfois diastolique), la cholestérolémie totale, le LDL et le HDL-cholestérol, et le diabète sucré.
- ✓ Pour calculer le risque global de MC, utilisez les calculateurs de risque qui se trouvent sur les sites Web suivants (ou d'autres équations) :
<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3003499>
<http://hin.nhlbi.nih.gov/atp/iii/calculator.asp?usertype=prof>

Dépistage des dyslipidémies. Les LDL sont la première cible d'un traitement hypocholestérolémiant. Il y a trois catégories de risque à 10 ans :

- le risque élevé (risque à 10 ans > 20 %) : MC installée ou équivalents de risque de la MC ;
- le risque modérément élevé (risque à 10 ans de 10 à 20 %) : facteurs de risque multiples (ou 2+) ;

- le bas risque (risque à 10 ans < 10 %) : aucun ou 1 seul facteur de risque.

Pour les personnes à risque élevé, la valeur recommandée du LDL-cholestérol est inférieure à 0,70 g/L et le traitement énergique de l'hypercholestérolémie est une *option thérapeutique*. Le tableau ci-dessous résume les valeurs cibles des LDL en fonction du niveau de risque.

Dernières recommandations de l'ATP* III		
Catégorie de risque à 10 ans	Objectif de LDL	Envisagez un traitement si LDL
Risque élevé (> 20 %)	< 1 g/L <i>Objectif optionnel</i> : < 0,70 g/L	≥ 1 g/L (< 1 g/L : discutez un traitement pour obtenir une réduction supplémentaire de 30 à 40 % des LDL)
Risque modérément élevé (10-20 %)	< 1,30 g/L <i>Objectif optionnel</i> : < 1,0 g/L	≥ 1,30 g/L (1,0-1,29 g/L : discutez un traitement pour atteindre un objectif < 1,0 g/L)
Risque modéré (< 10 %)	< 1,30 g/L	≥ 1,60 g/L
Risque faible (0-1 facteur de risque)	< 1,60 g/L	≥ 1,90 g/L (1,60-1,89 g/L : traitement <i>optionnel</i>)

* *Adult Treatment Panel*.

Source : d'après le National Cholesterol Education Panel Report. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Grundy SM, Cleeman JI, Merz NB *et al.*, for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. *Circulation* 2004 ; 119 : 227-39.

Pour la définition des facteurs de risque, des événements de la MC, et des équivalents de risque de la MC (tels que le diabète sucré et la maladie vasculaire périphérique), reportez-vous au chapitre 9 de la 6^e édition du *Guide de l'examen clinique de Barbara Bates*.

Promotion d'un changement du mode de vie et réduction des facteurs de risque. Le JNC 7 et l'AHA préconisent une modification du mode de vie et des interventions bien étudiées et efficaces pour prévenir l'hypertension artérielle, la maladie coronarienne (MC) et l'AVC.

MODIFICATIONS DU MODE DE VIE POUR UNE BONNE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

- ✓ Poids optimal (IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m²).
- ✓ Apport de sel < 6 g/jour en chlorure de sodium ou < 2,4 g/jour en sodium.
- ✓ Exercice physique aérobic régulier (par exemple, une marche rapide) pendant au moins 30 min/jour, presque tous les jours de la semaine.
- ✓ Consommation modérée d'alcool : au maximum 2 verres par jour pour les hommes et 1 verre par jour pour les femmes.
- ✓ Alimentation riche en fruits, légumes, et produits laitiers à faible teneur en graisses, appauvris en lipides totaux et saturés.
- ✓ Apport alimentaire de potassium > 3,5 g/jour.
- ✓ Maintien d'une PA optimale (voir p. 67).
- ✓ Contrôle lipidique.
- ✓ Prise en charge du diabète afin que la glycémie à jeun soit < 1,1 g/L et l'hémoglobine A1C < 7 %.
- ✓ Arrêt complet du tabac.
- ✓ Réduction d'une fibrillation auriculaire ou, si elle est chronique, traitement anticoagulant.

Le chapitre 4 traite des habitudes alimentaires et des conseils diététiques. Rappelez-vous d'évaluer l'IMC, les habitudes alimentaires du patient et les types de poids dans la famille. Pour réduire le risque de MC, conseillez à vos patients un exercice physique aérobic de 30 minutes au minimum presque tous les jours de la semaine. Stimulez leur motivation en mettant l'accent sur les bénéfices immédiats pour la santé et le bien-être.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

FRÉQUENCE CARDIAQUE (FC) ET PRESSION ARTÉRIELLE (PA)

Si ce n'est pas déjà fait, comptez le pouls radial ou les battements cardiaques.

Estimez la PA systolique par la palpation et **ajoutez** 30 mmHg. Utilisez cette somme comme valeur cible pour les gonflements suivants du brassard.

Mesurez la PA avec un sphygmomanomètre. Si c'est indiqué, **contrôlez-la**.

Cette étape vous permet de détecter un trou auscultatoire et vous évite d'enregistrer une valeur faussement basse de la PA systolique

Hypotension orthostatique (posturale). Au passage de la position couchée à la station debout, PA systolique ↓ de ≥ 20 mmHg ; FC ↑ de ≥ 20 battements/min

VEINES JUGULAIRES

Identifiez les *pulsations de la veine jugulaire* et leur point le plus élevé dans le cou. La tête du lit étant relevée de 30° au départ, réglez-la autant que nécessaire.

Étudiez les ondes du pouls veineux. Notez l'onde *a* de la contraction auriculaire et l'onde *v* du remplissage veineux.

Ondes *a* absentes dans la *fibrillation auriculaire* ; ondes *v* proéminentes dans l'*insuffisance tricuspide*

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Mesurez la *pression veineuse jugulaire (PVJ)*, la distance verticale séparant le plus haut point de l'angle sternal, normalement inférieure à 3-4 cm.

PVJ élevée dans l'insuffisance cardiaque droite ; PVJ abaissée dans l'hypovolémie due à une déshydratation ou à une hémorragie digestive



POULS CAROTIDIEN

Appréciez l'amplitude et la forme du pouls carotidien.

Pouls retardé dans le rétrécissement aortique ; pouls bondissant dans l'insuffisance aortique

Recherchez des souffles par l'auscultation.

Un souffle carotidien suggère un rétrécissement athéroscléreux

CŒUR

Séquence de l'examen cardiaque

Position du patient	Examen
En décubitus dorsal, avec la tête surélevée de 30°	Inspectez et palpez la région précordiale : les 2 ^e espaces intercostaux, le ventricule droit et le ventricule gauche, y compris le choc de la pointe du cœur (diamètre, localisation, amplitude, durée). ➔

Séquence de l'examen cardiaque (suite)

Position du patient	Examen
En décubitus latéral gauche	Palpez le choc de la pointe du cœur si vous ne l'avez pas perçu précédemment. Auscultez à la pointe avec le <i>pavillon du stéthoscope pour entendre des bruits surajoutés graves</i> (B3, claquement d'ouverture, roulement diastolique du rétrécissement mitral).
En décubitus dorsal, avec la tête surélevée de 30°	Auscultez les 2 ^e espaces intercostaux droit et gauche, le bord gauche du sternum, la pointe du cœur, avec la membrane. Auscultez le bord droit du sternum, avec le pavillon, à la recherche de souffles et bruits tricuspides.
Assis, penché en avant, après une expiration complète	Auscultez le long du bord gauche du sternum et à la pointe, à la recherche du souffle diastolique <i>decrescendo</i> doux de l' <i>insuffisance aortique</i> .

INSPECTION ET PALPATION

Inspectez et palpez le thorax antérieur à la recherche de soulèvements ou de frémissements (*thrills*).



Identifiez le *choc de la pointe*. Tournez le patient sur le côté gauche autant que nécessaire.

Notez :

- la localisation du choc
- son diamètre
- son amplitude : en général, un *léger coup*
- sa durée

Recherchez un choc du ventricule droit dans les zones parasternale gauche et épigastrique.

Palpez les 2^e espaces intercostaux gauche et droit près du sternum. **Notez** tout frémissement éventuel dans ces endroits.

AUSCULTATION

Auscultez le cœur en déplaçant votre stéthoscope « de proche en proche », de la base vers la pointe du cœur (ou inversement), dans les zones illustrées ci-contre.

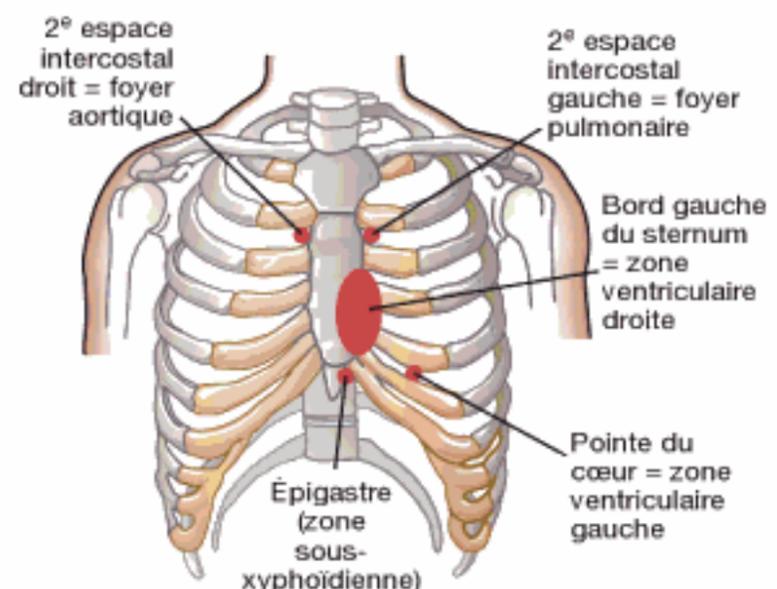
Déplacé à gauche au cours de la grossesse

Diamètre, amplitude et durée augmentés en cas de dilatation du ventricule gauche, due à une *insuffisance cardiaque (IC) congestive* ou à une *cardiomyopathie ischémique*

Prolongé dans l'hypertrophie ventriculaire gauche ; *diffus* (« en dôme ») dans l'IC congestive

Des chocs importants évoquent une augmentation de volume du ventricule droit

Pulsations des gros vaisseaux ; B2 accentué ; frémissements des *sténoses aortiques et pulmonaires*



TECHNIQUES D'EXAMEN

Utilisez la *membrane* dans les zones illustrées ci-dessus pour les bruits relativement *aigus*, tels que B1 et B2.

Utilisez le *pavillon* pour les bruits *graves* à la partie inférieure du bord gauche du sternum et à la pointe du cœur.

Auscultez chaque zone, à l'écoute de :

- B1
- B2. Est-il normalement dédoublé dans les 2^e et 3^e espaces intercostaux gauches ?
- bruits surajoutés dans la systole
- bruits surajoutés dans la diastole
- souffles systoliques
- souffles diastoliques

CONSTATATIONS POSSIBLES

Également les souffles *d'insuffisance mitrale et aortique*, les *frottements péricardiques*

B3, B4, souffle de rétrécissement mitral

Voir tableau 9-1 : « Bruits du cœur », p. 205-206 ; tableau 9-2 : « Variations du premier bruit du cœur (B1) », p. 206-207 ; tableau 9-3 : « Variations du deuxième bruit du cœur (B2) », p. 208-210.

Dédoublement physiologique (inspiratoire) ou pathologique (expiratoire)

Clicks systoliques

B3, B4

Souffles méso, pan (holo) ou télésystoliques

Souffles proto, méso, ou télédiastoliques

ÉVALUATION ET DESCRIPTION DES SOUFFLES CARDIAQUES

Si vous entendez un souffle cardiaque, **identifiez** :

- son temps, dans la révolution cardiaque (systole/diastole)
- sa forme



- le siège de son maximum d'intensité
- ses irradiations
- sa hauteur
- son timbre
- son intensité sur une échelle de 1 à 6

Voir tableau 9-4 : « Souffles cardiaques », p. 211-212

En plateau, *crescendo*, *decrescendo*

Un *souffle crescendo-decrescendo* (losangique) augmente d'abord d'intensité, puis diminue

Un *souffle en plateau* garde une intensité constante

Un *souffle crescendo* augmente d'intensité

Un *souffle decrescendo* diminue d'intensité

Aiguë, moyenne ou grave

En « jet de vapeur », rude, musical ou à type de roulement

Voir ci-après la « Gradation des souffles »

TECHNIQUES D'EXAMEN

 **Auscultez** à la pointe du cœur, sur le patient tourné vers le côté gauche, pour entendre les bruits graves.



CONSTATATIONS POSSIBLES

B3 et B4 latéralisés à gauche et souffle diastolique du *rétrécissement mitral*

 **Auscultez** la partie inférieure du bord gauche du sternum, sur le patient assis, penché en avant et retenant sa respiration après une expiration.



Souffle diastolique *decrescendo* de l'*insuffisance aortique*

Gradation des souffles

Grade	Description
Grade 1	Très faible, entendu seulement lorsqu'on se concentre ; peut ne pas être entendu dans toutes les positions
Grade 2	Discret, mais entendu dès qu'on applique le stéthoscope sur la poitrine
Grade 3	Modérément fort
Grade 4	Fort, avec <i>thrill</i> palpable
Grade 5	Très fort, avec <i>thrill</i> . Peut être entendu lorsque le stéthoscope n'est que partiellement appliqué sur la poitrine
Grade 6	Très fort, avec <i>thrill</i> . Peut être entendu avec le stéthoscope non appliqué sur la poitrine

→ TECHNIQUES SPÉCIALES

POULS ALTERNANT

Recherchez des pulsations de force différente. Abaissez lentement la pression du sphygmomanomètre jusqu'au niveau systolique, tout en auscultant au-dessus de l'artère brachiale (ou humérale).

L'alternance de pulsations fortes et de pulsations faibles ou le redoublement soudain des bruits de Korotkoff indiquent un *pouls alternant*, signe d'une défaillance ventriculaire gauche

POULS PARADOXAL

Abaissez lentement la pression du sphygmomanomètre et notez deux niveaux de pression :

Un écart supérieur à 10 mmHg pendant l'inspiration définit un *pouls paradoxal*.

TECHNIQUES D'EXAMEN

1) celui où les bruits de Korotkoff sont entendus pour la première fois, et 2) celui où ils sont entendus pendant tout le cycle respiratoire pour la première fois. Normalement l'écart entre ces deux niveaux ne dépasse pas 3-4 mmHg.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Pensez à une maladie pulmonaire obstructive, une tamponnade péricardique, une péricardite constrictive

AIDES POUR IDENTIFIER LES SOUFFLES SYSTOLIQUES

Manœuvre de Valsalva

Demandez au patient de pousser à glotte fermée.

En cas de suspicion de *prolapsus de la valve mitrale (PVM)*, précisez la chronologie du click et du souffle.

Pour distinguer le *rétrécissement aortique (RA)* de la *cardiomyopathie hypertrophique (CMH)*, précisez l'intensité du click et du souffle.

Le remplissage ventriculaire diminue, le click systolique du PVM est plus précoce et le souffle est plus long.

Dans le RA, le souffle diminue ; dans la CMH, il augmente souvent

*Positions accroupie et debout*

En cas de suspicion de PVM, écoutez le click et le souffle dans ces deux positions.

Essayez de distinguer le RA de la CMH en écoutant le souffle dans ces deux positions.

L'accroupissement augmente le remplissage ventriculaire et retarde le click et le souffle. La position debout a l'effet inverse

L'accroupissement augmente le souffle du RA et diminue celui de la CMH. La position debout a l'effet inverse

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : examen cardiovasculaire

« La pression veineuse jugulaire (PVJ) est à 3 cm au-dessus de l'angle du sternum avec la tête du lit relevée à 30°. Les pouls carotidiens sont vifs, il n'y a pas de souffle. Le choc précordial est perçu dans le 5^e espace intercostal gauche, à 7 cm en dehors de la ligne médiosternale. B1 et B2 bien frappés. À la base, B2 est plus fort que B1 et normalement dédoublé, avec $A2 > P2$. À la pointe, B1 est plus fort que B2 et constant. Pas de souffles ni de bruits surajoutés. »

Ou

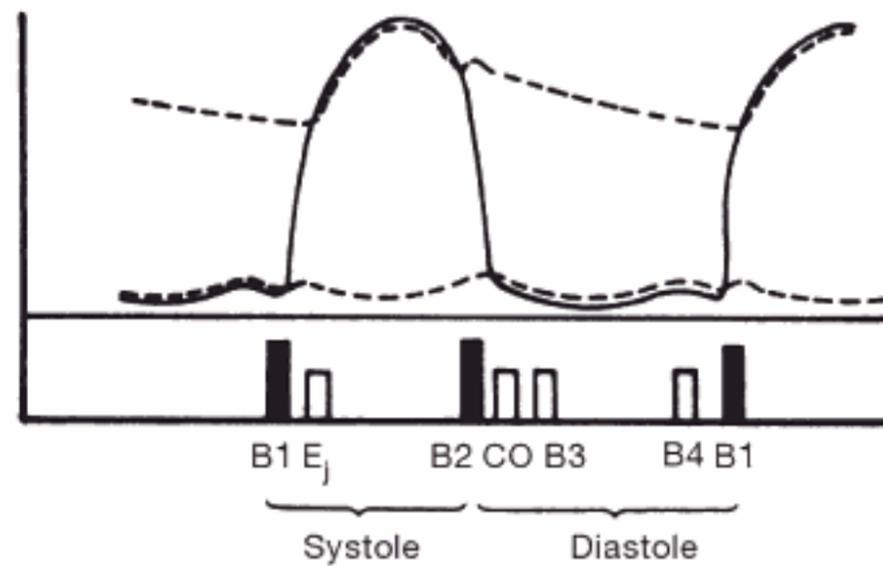
« La PVJ est à 5 cm au-dessus de l'angle du sternum avec la tête du lit relevée à 50°. Les pouls carotidiens sont vifs ; on entend un souffle sur la carotide gauche. Le choc précordial est diffus, de 3 cm de diamètre, palpé dans les 5^e et 6^e espaces intercostaux, sur la ligne axillaire antérieure. B1 et B2 sont doux. B3 entendu à la pointe du cœur. Souffle holosystolique 2/6 aigu, rude, mieux entendu à la pointe du cœur, irradiant vers l'aisselle. Pas de B4 ni de souffle diastolique. »

(Suggère une IC congestive, avec possiblement une occlusion de la carotide gauche et une insuffisance mitrale)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 9-1

Bruits du cœur



Trouvaille

Causes possibles

B1 accentué

Tachycardie, états de haut débit cardiaque, rétrécissement mitral

B1 diminué

Bloc auriculoventriculaire du premier degré ; contractilité du ventricule gauche diminuée ; valvule mitrale immobile, comme dans l'insuffisance mitrale

Click(s) systolique(s)

Prolapsus de la valvule mitrale

B2 accentué dans le 2^e espace intercostal droit

Hypertension artérielle systémique, anneau aortique dilaté

B2 diminué ou absent dans le 2^e espace intercostal droit

Valvule aortique immobile, comme dans le rétrécissement aortique calcifié

P2 accentué

Hypertension pulmonaire, artère pulmonaire dilatée, communication interauriculaire



TABLEAU 9-1

Bruits du cœur (suite)

Trouvaille

Causes possibles

P2 diminué ou absent

Vieillessement, sténose pulmonaire

Claquement d'ouverture (CO)

Rétrécissement mitral

B3

Physiologique (habituellement chez l'enfant et l'adulte jeune) ; surcharge volumique d'un ventricule, comme dans l'insuffisance mitrale et l'insuffisance cardiaque congestive

B4

Excellente condition physique (athlètes de haut niveau) ; résistance au remplissage ventriculaire en raison d'une compliance diminuée, d'une hypertrophie ventriculaire gauche par surcharge de pression, comme dans la cardiopathie hypertensive et le rétrécissement aortique

TABLEAU 9-2

Variations du premier bruit du cœur (B1)

Variations normales



B1 est plus faible que B2 à la **base** (2^e espaces intercostaux droit et gauche)



B1 est souvent, mais pas toujours, plus fort que B2 à la **pointe**



TABLEAU 9-2

Variations du premier bruit du cœur (B1) (suite)

B1 accentué



B1 accentué dans : 1) la tachycardie, les rythmes avec espace PR court, les états de haut débit cardiaque (par exemple, exercice physique, anémie, hyperthyroïdie), et 2) le rétrécissement mitral.

B1 diminué



Se voit dans le bloc auriculoventriculaire du 1^{er} degré, l'insuffisance mitrale calcifiée, et la diminution de contractilité du ventricule gauche dans l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie coronarienne

B1 variable



B1 varie d'intensité dans le bloc auriculoventriculaire complet et dans tous les rythmes cardiaques anarchiques (par exemple, fibrillation auriculaire)

B1 dédoublé



S'entend normalement à la **partie inférieure du bord gauche du sternum**, si la composante tricuspide est audible. Si B1 semble dédoublé à la pointe du cœur, pensez à un B4, un bruit d'éjection aortique, un click protosystolique, un bloc de branche droit ou des extrasystoles ventriculaires.

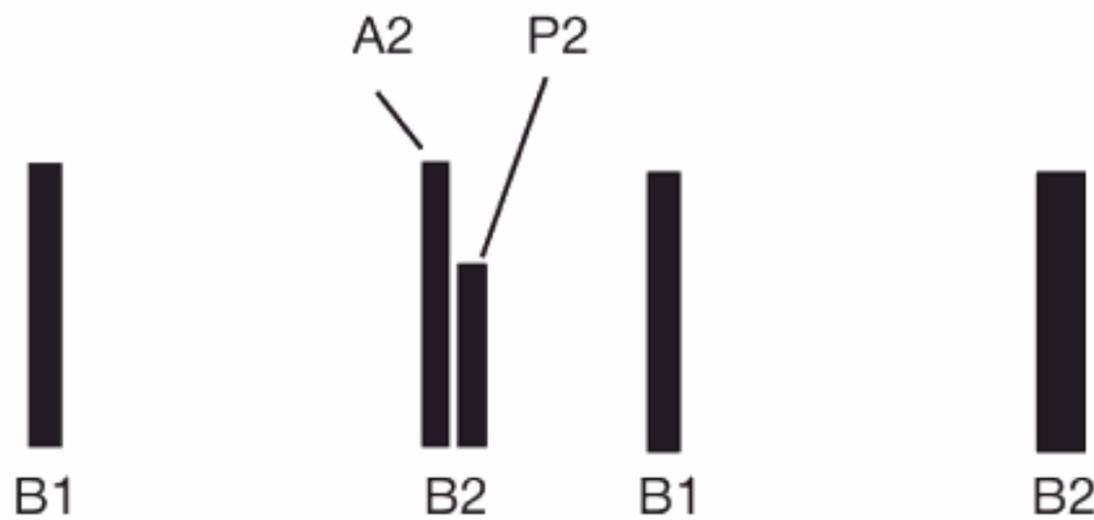
TABLEAU 9-3

Variations du deuxième bruit du cœur (B2)

Inspiration

Expiration

Dédoublé physiologique



S'entend dans les 2^e et 3^e espaces intercostaux gauches : la composante pulmonaire de B2 est en général trop faible pour être entendue à la pointe du cœur ou au foyer aortique, où B2 est unique et provient de la fermeture de la seule valvule aortique. Accentuation à l'inspiration ; disparition habituelle lors de l'exercice physique.

Dédoublé pathologique



Dédoublé espacé de B2, qui persiste aux deux temps du cycle respiratoire. Dû à la fermeture retardée de la valvule pulmonaire (par exemple, sténose pulmonaire ou bloc de branche droit) ; ainsi qu'à la fermeture précoce de la valvule aortique, comme dans l'insuffisance mitrale.



TABLEAU 9-3

Variations du deuxième bruit du cœur (B2) (suite)

Inspiration

Expiration

Dédoublement fixe



Ne varie pas avec la respiration, comme dans la communication interauriculaire, l'insuffisance ventriculaire droite.

Dédoublement paradoxal ou inversé



Apparaît à l'expiration et disparaît à l'inspiration. La fermeture de la valvule aortique est anormalement retardée, ce qui fait que A2 suit P2 à l'expiration, comme dans le bloc de branche gauche.

En savoir plus sur A2 et P2

Augmentation d'intensité de A2, au 2^e espace intercostal droit (là où seul A2 est d'habitude entendu). Elle survient en cas d'hypertension artérielle systémique, parce que la pression est augmentée. Elle survient également en cas de dilatation de l'anneau aortique, probablement parce que la valvule aortique est alors plus proche de la paroi thoracique.



TABLEAU 9-3

Variations du deuxième bruit du cœur (B2) (suite)**Diminution ou absence de A2, au 2^e espace intercostal droit**

Elle est notée dans le rétrécissement aortique calcifié, à cause de l'immobilité de la valvule. Si A2 est inaudible, on n'entend pas de dédoublement.

Augmentation d'intensité de P2

Quand P2 est égal à ou plus fort que A2, on peut suspecter une hypertension pulmonaire. Les autres causes sont la dilatation de l'artère pulmonaire et la communication interauriculaire. Un dédoublement de B2 entendu sur une grande surface, y compris à la pointe et à la base droite, indique un P2 accentué.

Diminution ou absence de P2

Elle est le plus souvent due à une augmentation du diamètre antéropostérieur du thorax, liée au vieillissement. Elle peut aussi être due à une sténose pulmonaire. Si P2 est inaudible, on n'entend pas de dédoublement.

TABLEAU 9-4

Souffles cardiaques

Souffles

Causes probables

Mésosystoliques



Souffles anorganiques (pas d'anomalie cardiovasculaire)

Souffles fonctionnels (par augmentation du débit à travers les valvules aortiques ou pulmonaires, comme dans la grossesse, la fièvre et l'anémie)

Rétrécissement aortique

Souffles qui ressemblent à celui du rétrécissement aortique (sclérose aortique, bicuspidie aortique, dilatation de l'aorte, augmentation anormale du débit systolique à travers la valvule aortique)

Cardiomyopathie hypertrophique

Sténose pulmonaire

Pansystoliques
(ou holosystoliques)

Insuffisance mitrale

Insuffisance tricuspide

Communication interventriculaire

Télésystoliques



Prolapsus de la valve mitrale, souvent avec un clic (C)

Protodiastoliques



Insuffisance aortique



TABLEAU 9-4

Souffles cardiaques (suite)

Souffles

Causes probables

Mésodiastoliques et présystoliques



Rétrécissement mitral (roulement diastolique). Notez le claquement d'ouverture (CO)

Continus, et bruits qui y ressemblent



Canal artériel persistant : un bruit de tuyauterie, rude



Frottement péricardique : un bruit de grattage, ayant 1 à 3 composantes



Bruit de diable (veineux) : un bruit continu, sur le milieu des clavicules, plus fort en diastole

Seins et aisselles

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Grosseur ou masse du sein.
- Douleur ou gêne mammaire.
- Écoulement par le mamelon.

Demandez : « Examinez-vous vos seins ? »... « À quelle fréquence ? » Recherchez une gêne, une douleur, ou des grosseurs dans les seins. Recherchez également un écoulement par le mamelon, un changement du contour d'un sein, la formation d'une fossette, un œdème ou un plissement de la peau du sein.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Masses palpables dans les seins.
- Évaluation des facteurs de risque de cancer du sein.
- Dépistage du cancer du sein.
- Auto-examen des seins (AES).

Masses du sein palpables. Les masses du sein ont des causes diverses, depuis les adénofibromes et les kystes chez les femmes jeunes, jusqu'aux abcès (ou mastites) et aux cancers primitifs du sein. Toutes les masses du sein justifient une évaluation soigneuse et le recours à des examens complémentaires pour un diagnostic précis.

Évaluation des facteurs de risque de cancer du sein. Bien que 70 % des femmes atteintes n'aient pas de facteurs favorisants, certains facteurs de risque précis sont bien établis.

Masses du sein palpables		
Âge	Lésion fréquente	Caractéristiques
15-25 ans	Adénofibrome	En général petit, rond, mobile, insensible
25-50 ans	Kystes Mastose sclérokystique Cancer	En général, mous à fermes, arrondis, mobiles ; souvent sensibles Nodulaire, cordiforme Irrégulier, en étoile, ferme, mal délimité
Plus de 50 ans	Cancer, jusqu'à preuve du contraire	Comme ci-dessus
Grossesse/ lactation	Adénomes des femmes allaitantes, kystes, mastite et cancer	Comme ci-dessus

Adapté de Schultz MZ, Ward BA, Reiss M. Breast diseases. In : Noble J, Greene HL, Levinson W *et al.*, eds. Primary Care Medicine. 2nd ed. St Louis : Mosby, 1996. Voir aussi Venet L, Strax P, Venet W *et al.* Adequacies and inadequacies of breast examinations by physicians in mass screenings. Cancer 1971 ; 28 (6) : 1546-51.

Utilisez l'outil d'évaluation du risque de cancer du sein du *National Cancer Institute* (<http://www.brca.nci.nih.gov/brc/start/htm>) ou d'autres modèles cliniques disponibles, comme le modèle de Gail, pour personnaliser l'évaluation des facteurs de risque de vos patientes. Demandez aux femmes, dès l'âge de 20 ans, si elles ont des antécédents familiaux de cancer du sein et/ou de l'ovaire, du côté maternel ou paternel, afin d'apprécier les chances de mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2. Voyez le tableau 10-1 : « Cancer du sein : facteurs qui augmentent le risque relatif », p. 223.

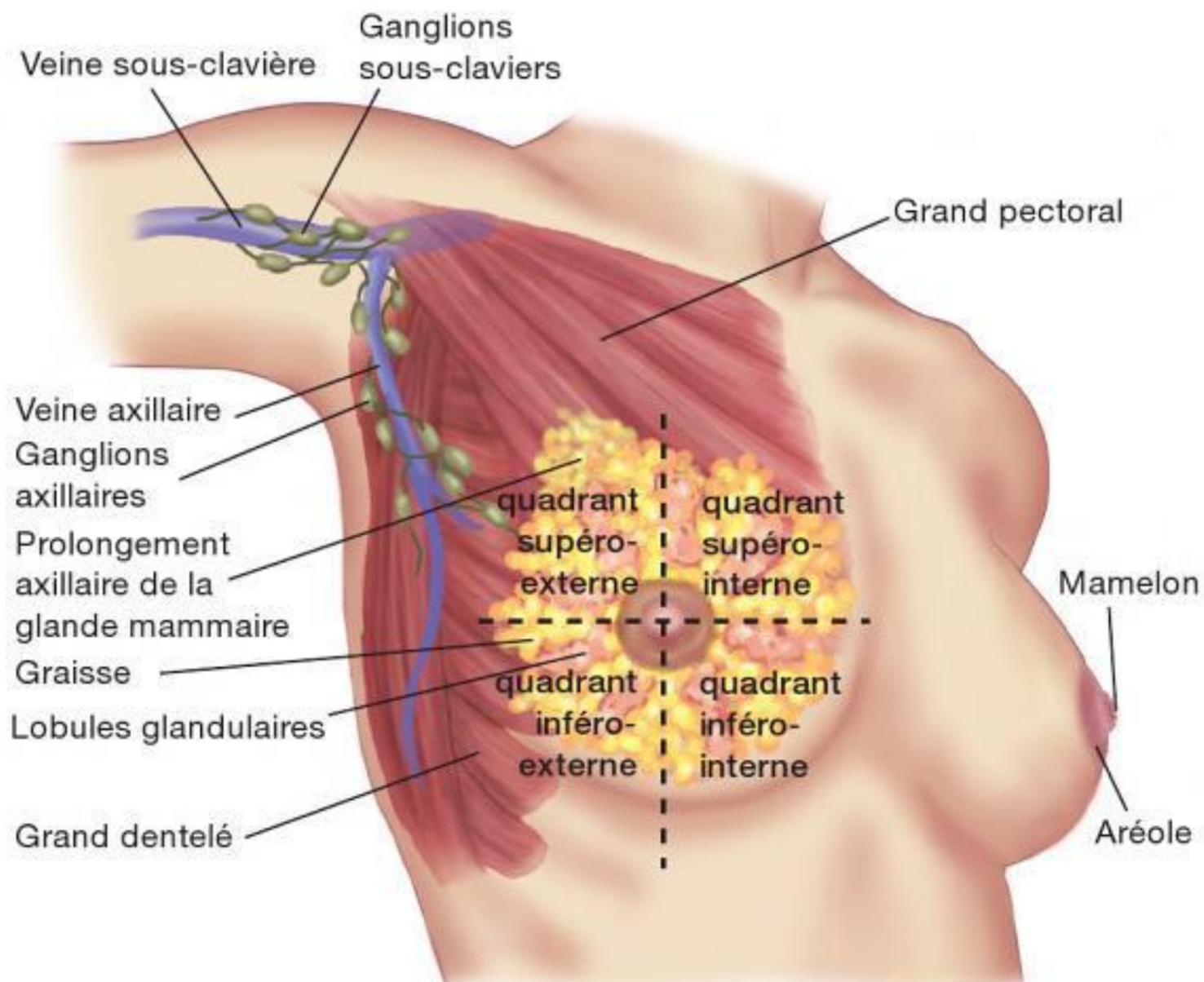
Dépistage du cancer du sein. L'American Cancer Society recommande :

- un *examen clinique des seins* (ECS) par un professionnel de santé tous les 3 ans chez les femmes entre 20 et 39 ans, puis tous les ans à partir de 40 ans ;
- une *mammographie* par an à partir de 40 ans. Pour les femmes à risque élevé, de nombreux cliniciens conseillent de débiter les mammographies de dépistage entre 30 et 40 ans, puis d'en faire tous les 2 à 3 ans jusqu'à 50 ans ;
- un auto-examen des seins (AES) régulier, pour favoriser la promotion d'une vigilance mammaire.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES



SEINS DE LA FEMME

Inspectez les seins dans quatre positions.

Notez :

- leurs dimensions et leur symétrie
- leurs contours
- l'aspect de la peau qui les recouvre



BRAS LE LONG DU CORPS



MAINS APPUYÉES
SUR LES HANCHES



BRAS RELEVÉS SUR LA TÊTE



BUSTE PENCHÉ EN AVANT

Développement, asymétrie

Aplatissement, formation de fossettes (capiton)

Œdème (peau d'orange) dans le cancer du sein

Inspectez les mamelons :

- comparez leurs dimensions, leur forme et la direction dans laquelle ils pointent

Inversion, rétraction, déviation

TECHNIQUES D'EXAMEN

- notez les éruptions, ulcérations ou écoulements éventuels

○— **Palpez** les seins, y compris les seins augmentés de volume. Le parenchyme mammaire doit être étalé et la patiente en décubitus dorsal. Palpez une zone rectangulaire allant de la clavicule au sillon sous-mammaire (ou ligne du soutien-gorge), et de la ligne médiosternale à la ligne axillaire postérieure, en remontant bien dans le creux axillaire, pour le prolongement axillaire de la glande.

Notez :

- la consistance des seins
- leur sensibilité
- des nodules éventuels. S'il y en a, notez leurs *localisation, dimensions, forme, consistance, limites, sensibilité et mobilité*

Utilisez un *schéma en bandes verticales* (la technique la plus validée actuellement), ou circulaire ou sectoriel. Palpez en décrivant des *petits cercles concentriques*.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Maladie de Paget du mamelon, galactorrhée

Nodularité physiologique

Infection, sensibilité prémenstruelle

Kystes, adénofibrome, cancer

TECHNIQUES D'EXAMEN

- *Pour la partie externe du sein*, demandez à la patiente de se tourner sur la hanche opposée, en mettant sa main sur le front mais en gardant les épaules au contact du lit ou de la table d'examen.
- *Pour la partie interne du sein*, demandez-lui de s'allonger, avec les épaules à plat sur le lit ou la table d'examen, en portant la main à son cou et en remontant le coude à hauteur de son épaule.

CONSTATATIONS POSSIBLES



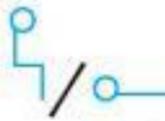
Palpez chaque mamelon.

Palpez et inspectez le long des lignes d'incision d'une mastectomie.

Épaississement dans le cancer

Récidives locales d'un cancer du sein

SEINS DE L'HOMME

 Inspectez et palpez le mamelon et l'aréole.

Gynécomastie, masse suspecte de cancer, graisse

AISSELLES

Inspectez à la recherche d'éruptions, d'une infection, d'une pigmentation.

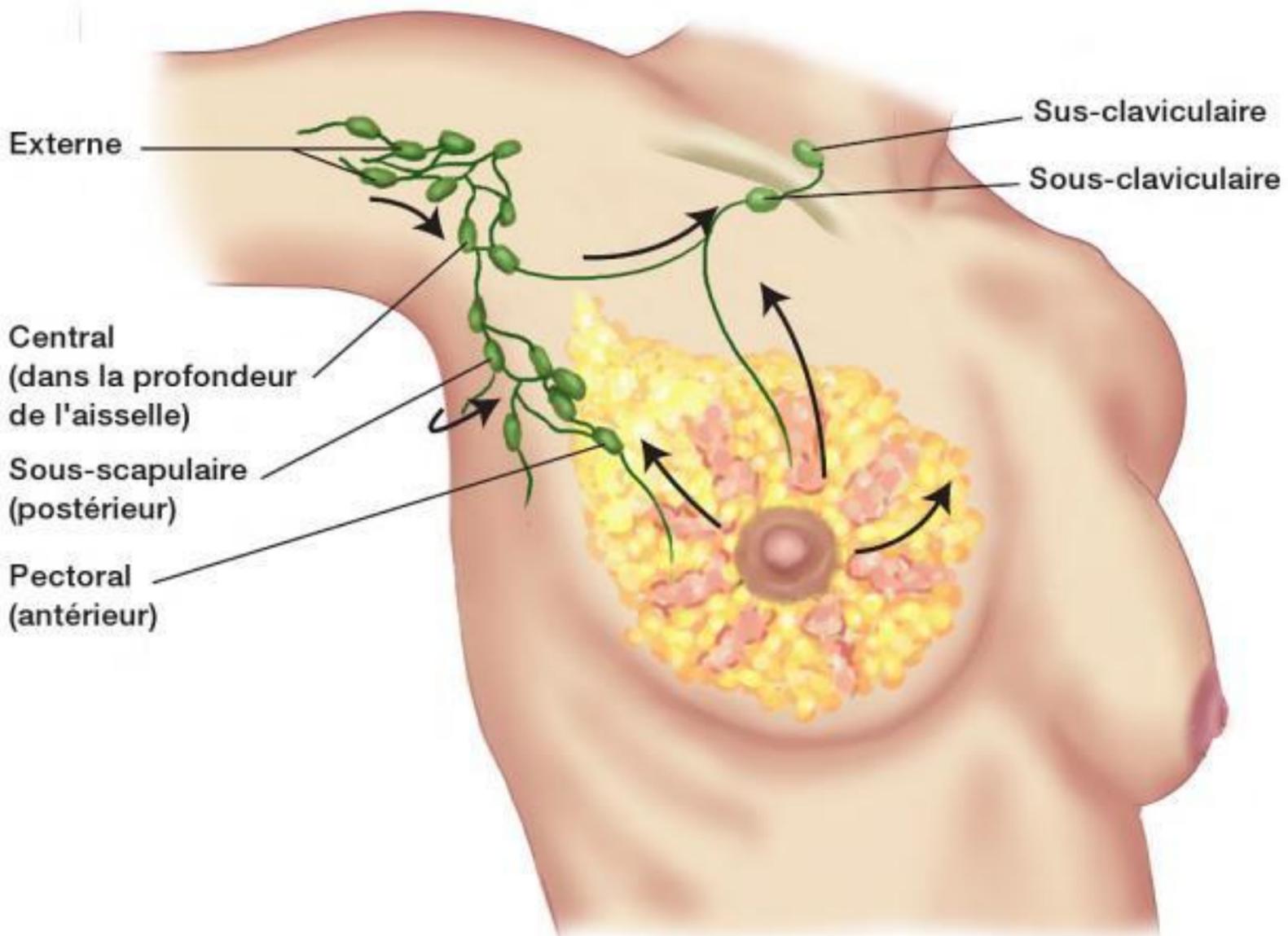
Hidrosadénite suppurée, acanthosis nigricans

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Palpez les ganglions axillaires, à savoir les ganglions centraux, pectoraux, latéraux et sous-scapulaires.

Adénopathie



LES FLÈCHES INDIQUENT LA DIRECTION DE LA CIRCULATION LYMPHATIQUE

→ TECHNIQUES SPÉCIALES

○ ÉCOULEMENT PAR LE MAMELON

Comprimez l'aréole selon un schéma « en rayons de roue », autour du mamelon. Observez un écoulement éventuel.

Le type et l'origine de l'écoulement sont à préciser

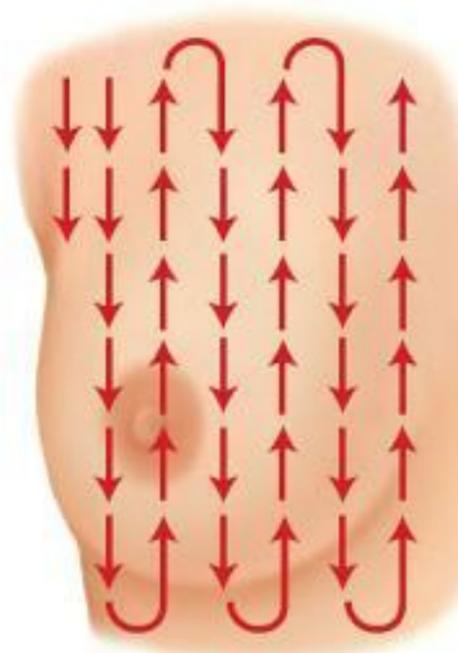
AUTO-EXAMEN DES SEINS

INSTRUCTIONS AU PATIENT POUR L'AUTO-EXAMEN DES SEINS (AES)

Couchée sur le dos



1. Couchez-vous en mettant un oreiller sous l'épaule droite. Mettez votre membre supérieur droit derrière la tête.
2. Avec la pulpe des trois doigts médians de la main gauche, recherchez des « grosseurs » dans le sein droit (on appelle pulpe du doigt l'extrémité du doigt).
3. Appuyez suffisamment pour bien sentir le sein. Un rebord ferme le long de la courbe inférieure du sein est normal. Si vous n'êtes pas sûre de la pression à exercer, parlez-en à votre médecin et essayez de faire comme lui.
4. Appuyez fermement sur le sein de haut en bas et de proche en proche, selon un schéma « en bandes ». Vous

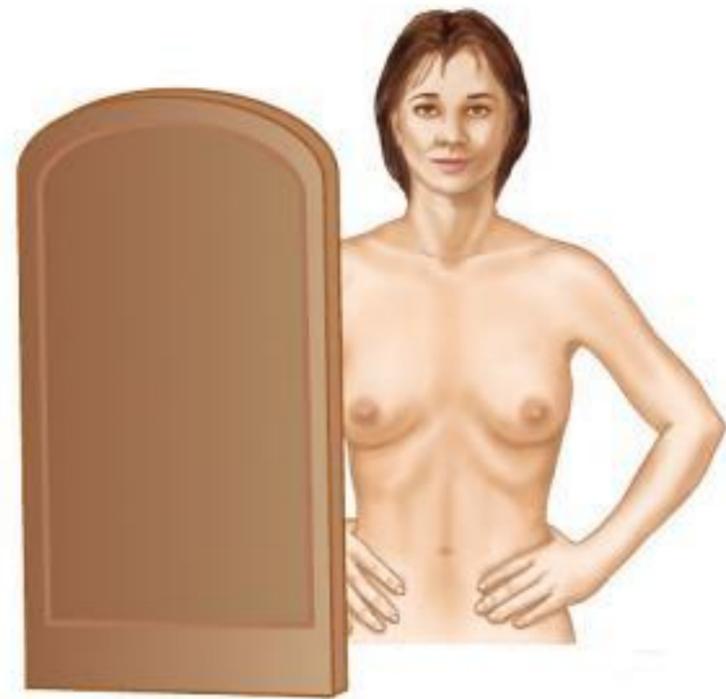


- pouvez aussi adopter un schéma circulaire ou sectoriel, mais utilisez chaque fois le même schéma. Vérifiez toute la poitrine et rappelez-vous ce que vous avez senti le mois précédent.
5. Examinez ensuite votre sein gauche de la même façon, avec la pulpe des doigts de la main droite.
 6. Si vous découvrez une masse, une grosseur ou des changements de la peau, consultez immédiatement votre médecin.

(suite)

INSTRUCTIONS AU PATIENT POUR L'AUTO-EXAMEN DES SEINS (AES) (suite)

Debout



1. Répétez l'examen des deux seins en position debout, avec un membre supérieur placé derrière votre tête. En position debout, le contrôle des parties supérieure et externe des seins, vers le creux de l'aisselle, est plus facile. C'est là qu'on découvre environ la moitié des cancers du sein. Vous pouvez pratiquer cette partie de l'AES sous la douche. Vos mains savonneuses vous permettront de vérifier plus facilement vos seins en glissant sur la peau mouillée.
2. Pour plus de sûreté, vous pouvez vouloir contrôler vos seins en vous tenant debout face à un miroir aussitôt après votre AES mensuel. Regardez si l'aspect de vos seins a changé : par exemple, y a-t-il une fossette, des modifications du mamelon, une rougeur, un gonflement ?
3. Si vous découvrez une masse, une grosseur ou des changements de la peau, consultez immédiatement votre médecin.

D'après l'American Cancer Society. Accessible sur : www.cancer.org. Visité le 24/10/2007.

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : seins et aisselles

« Seins symétriques, homogènes, sans masses. Pas d'écoulement par les mamelons. » (l'adénopathie axillaire est en général notée après le cou, avec les ganglions lymphatiques, voir p. 145).

Ou

« Seins pendulaires avec remaniements fibrokystiques diffus. Masse ferme de 1 × 1 cm, mobile, insensible, avec aspect de peau d'orange au-dessus, dans le quadrant supéro-externe du sein droit, à 11 heures et à 2 cm du mamelon. »

(Suggère un possible cancer du sein)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 10-1

Facteurs qui augmentent le risque relatif de cancer du sein chez la femme

Risque relatif	Facteur de risque
> 4,0	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sexe féminin ■ Âge (≥ 65 ans <i>versus</i> < 65 ans, mais le risque augmente avec l'âge jusqu'à 80 ans) ■ Des mutations génétiques héréditaires concernant le cancer du sein (BRCA1 et/ou BRCA2) ■ ≥ 2 parents au premier degré ayant fait précocement un cancer du sein ■ Un antécédent personnel de cancer du sein ■ Des seins denses ■ Une hyperplasie atypique sur une biopsie mammaire
2,1-4,0	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un parent au premier degré ayant fait un cancer du sein ■ Une irradiation thoracique à forte dose ■ Une densité osseuse élevée (après la ménopause)
1,1-2,0	<ul style="list-style-type: none"> ■ Âge > 30 ans lors de la 1^{re} grossesse (menée à terme) ■ Premières règles précoces (avant 12 ans) ■ Ménopause tardive (après 55 ans) ■ Aucune grossesse menée à terme ■ Aucun enfant allaité ■ Contraception orale récente ■ Traitement hormonal substitutif (THS) récent et prolongé ■ Obésité postménopausique
Autres facteurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antécédent personnel de cancer de l'endomètre, de l'ovaire ou du côlon ■ Consommation d'alcool ■ Grande taille ■ Niveau socioéconomique élevé ■ Ascendance juive

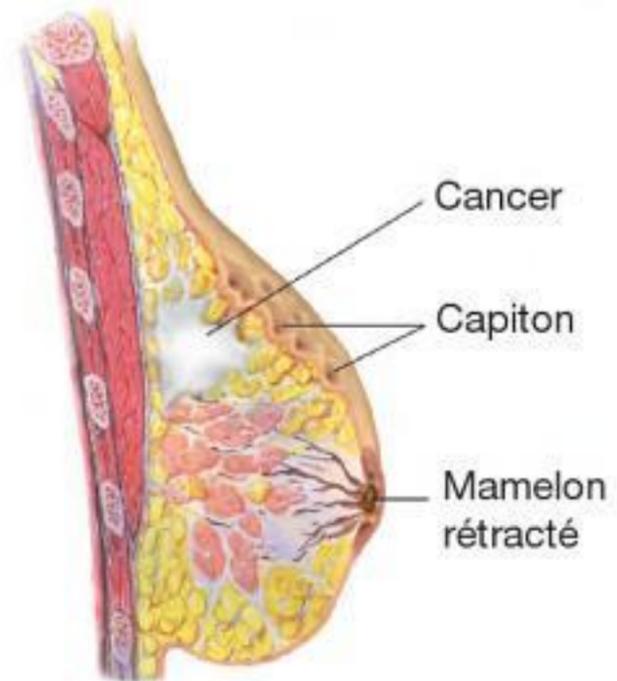
Source : American Cancer Society. Breast Cancer Facts and Figures 2007-2008, p. 10.
 Accessible sur www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf. Visité le 20/10/2007.

TABLEAU 10-2

Signes d'inspection du cancer du sein

Signes de rétraction

La fibrose due au cancer du sein donne des signes de rétraction : capiton, modifications des contours, et rétraction ou déviation du mamelon. Les autres causes de rétraction sont la nécrose graisseuse (ou cytotéatonécrose) et l'ectasie du canal galactophore.



Signe du capiton



Anomalies des contours

Recherchez des modifications de la convexité normale des seins, et comparez un sein à l'autre.



TABLEAU 10-2

Signes d'inspection du cancer du sein (*suite*)

Rétraction et déviation du mamelon

Un mamelon rétracté est aplati ou attiré vers l'intérieur. Il peut aussi être élargi et sembler épaissi. Le mamelon peut être dévié ou pointer dans une direction différente, typiquement vers le cancer sous-jacent.



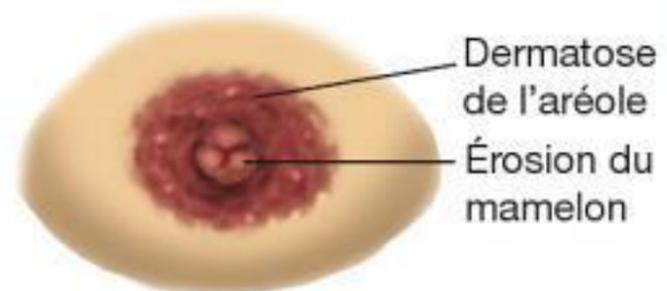
Œdème de la peau

Du fait du blocage lymphatique, la peau s'épaissit et a des pores élargis (signe de la *peau d'orange*).



Maladie de Paget du mamelon

Une forme rare de cancer du sein, qui se présente habituellement au début comme une lésion pseudo-eczémateuse, squameuse. La peau peut aussi suinter, former des croûtes ou s'éroder. Il peut exister une masse mammaire. Toute dermatose persistante du mamelon et de l'aréole doit faire suspecter une maladie de Paget.



Abdomen

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

Troubles digestifs

- Douleurs abdominales, aiguës et chroniques
- Indigestion, nausées, vomissements, hématemèse, anorexie, satiété précoce
- Dysphagie et/ou odynophagie
- Modifications du fonctionnement intestinal
- Diarrhée, constipation
- Jaunisse (ou ictère)

Troubles urinaires et rénaux

- Douleur sus-pubienne
- Dysurie, miction impérieuse, pollakiurie
- Jet urinaire hésitant ou diminué chez les hommes
- Polyurie et nycturie
- Incontinence urinaire
- Hématurie
- Douleur rénale ou du flanc
- Colique néphrétique

MÉCANISMES ET SCHÉMAS DES DOULEURS ABDOMINALES

Familiarisez-vous avec trois grandes catégories de douleurs abdominales.

La *douleur viscérale*, qui survient quand des organes creux comme l'intestin ou les voies biliaires se contractent avec une force inhabituelle ou sont distendus ou étirés :

- peut être difficile à localiser
- a une qualité variable ; peut être à type de tiraillement, de brûlure, de crampe ou pénible
- quand elle est intense, peut s'accompagner de sueurs, pâleur, nausées et vomissements, et agitation

La *douleur pariétale*, due à l'inflammation du péritoine pariétal :

- permanente, sourde
- habituellement plus intense
- souvent localisée plus précisément au-dessus de la structure intéressée qu'une douleur viscérale

La *douleur projetée* (ou référée), qui survient dans des sites plus éloignés, innervés à peu près au même niveau de la moelle que l'organe atteint.

Une douleur provenant du thorax, du rachis ou du pelvis peut être projetée dans l'abdomen.

Douleur viscérale du quadrant supérieur droit (QSD) par distension du foie dans sa capsule, dans l'*hépatite alcoolique*

La douleur viscérale péri-ombilicale de l'*appendicite aiguë au début*, provenant de l'appendice inflammatoire, se transforme progressivement en une douleur pariétale du quadrant inférieur droit (QID), due à l'inflammation du péritoine pariétal adjacent

Une douleur d'origine duodénale ou pancréatique peut être projetée dans le dos ; une douleur des voies biliaires, à l'épaule droite ou à la partie postérieure droite du thorax

La douleur d'une *pleurésie* ou d'un *infarctus aigu du myocarde* peut être projetée à la partie supérieure de l'abdomen

TUBE DIGESTIF

Demandez aux patients de *décrire la douleur abdominale avec leurs propres mots*, notamment sa chronologie (aiguë ou chronique) ; puis demandez-leur de *désigner le siège de la douleur*.

Précisez des détails importants :

« Où la douleur commence-t-elle ? »

« Est-ce qu'elle irradie ou se déplace ? »

« À quoi ressemble la douleur ? »

« Quelle est son intensité ? »

« Combien sur une échelle de 1 à 10 ? »

« Qu'est-ce qui l'améliore ou l'aggrave ? »

Recherchez des *symptômes associés à la douleur*, tels que de la fièvre ou des frissons ; demandez leur séquence.

Douleur ou gêne abdominale haute. Recherchez une gêne abdominale haute chronique ou récidivante, ou *dyspepsie*. Les symptômes liés comprennent : météorisme, nausées, sensation de plénitude abdominale haute et pyrosis.

Précisez ce que votre patient entend par là. Ce peut être :

- un météorisme par excès de gaz, avec des éructations fréquentes, une distension abdominale ou des flatulences, émission de gaz par le rectum
- des *nausées et vomissements*
- une sensation désagréable de *plénitude abdominale* après des repas normaux, ou une *satiété précoce*, l'incapacité de finir un repas
- un *pyrosis*

Douleur ou gêne abdominale basse

Si elle est aiguë, la douleur est-elle vive et permanente ou intermittente et à type de crampe ?

Si elle est chronique, y a-t-il des modifications du fonctionnement intestinal ? Une alternance de diarrhée et de constipation ?

Pensez à la gastroparésie diabétique, aux médicaments anticholinergiques, à une obstruction antropylorique, au cancer de l'estomac. Une satiété précoce peut indiquer une *hépatite*

Évoque un *reflux gastro-œsophagien (RGO)*

Douleur du quadrant inférieur droit (QID), ou douleur migrant à partir de la région péri-ombilicale dans l'*appendicite* ; chez les femmes ayant une douleur du QID, autres causes possibles : *infection génitale haute, grossesse extra-utérine*. Douleur du quadrant inférieur gauche (QIG) dans la *diverticulite*

Cancer du côlon ; syndrome du côlon irritable

Autres troubles digestifs

- Anorexie
Maladie hépatique, grossesse, acidocétose diabétique, insuffisance surrénale, insuffisance rénale chronique, anorexie mentale

- Dysphagie, ou difficulté à déglutir
Pour les aliments solides et les liquides : en général, des troubles de la motilité œsophagienne.
Pour les aliments solides seulement : penser à des maladies organiques telles que le diverticule de Zenker, l'anneau de Schatzki, une sténose, une néoplasie

- Odynophagie, ou douleur à la déglutition
Irradiation, ingestion de caustiques, infection à cytomégalovirus, *Herpes virus* ou VIH

- Diarrhée, aiguë (< 2 semaines) ou chronique
Infection aiguë (virus, salmonelle, shigelle, etc.) ; diarrhée chronique de la *maladie de Crohn*, de la rectocolite hémorragique (ou colite ulcéreuse) ; si diarrhée graisseuse (*stéatorrhée*), insuffisance pancréatique externe, malabsorption (voir tableau 11-1)

- Constipation
Médicaments, notamment anticholinergiques et opiacés ; cancer du côlon

- Méléna, ou selles noires, « goudron »
Saignement du tube digestif

- Jaunisse (ictère), par hyperbilirubinémie

La *jaunisse intrahépatique* peut être *hépatocellulaire*, par lésion des hépatocytes, ou *cholestatique*, par altération de l'excrétion secondaire à des lésions des hépatocytes ou des voies biliaires intrahépatiques.

La *jaunisse extrahépatique* est due à une obstruction des voies biliaires extrahépatiques, en général le canal cystique ou le cholédoque.

Demandez quelle est la *couleur des urines et des selles*.

Altération de l'excrétion de bilirubine conjuguée dans l'*hépatite virale*, la *cirrhose*, la *cirrhose biliaire primitive*, la cholestase induite par des médicaments

Urines foncées par passage urinaire de la bilirubine conjuguée en excès dans le sérum ; selles décolorées (mastic), acholiques, quand il existe un obstacle au passage de la bilirubine dans l'intestin

FACTEURS DE RISQUE DE MALADIE HÉPATIQUE

- ✓ *Hépatite A* : voyages et repas dans des pays où l'hygiène sanitaire est médiocre, ingestion d'eau ou d'aliments contaminés.
- ✓ *Hépatite B* : exposition, par piqûre ou contact muqueux, à des liquides corporels infectants, tels que le sang, le sérum, le sperme et la salive ; en particulier, relations sexuelles avec un partenaire infecté ou partage d'aiguilles pour l'injection de drogues.
- ✓ *Hépatite C* : injection intraveineuse de drogues illégales et transfusion sanguine.
- ✓ *Hépatite et cirrhose alcooliques* : interrogez soigneusement le patient sur sa consommation d'alcool.

(suite)

- ✓ *Lésions toxiques du foie* dues à des médicaments, des solvants industriels ou des polluants.
- ✓ *Obstruction des voies biliaires extrahépatiques* : due à une maladie de la vésicule biliaire ou à une intervention chirurgicale.
- ✓ *Maladies héréditaires* dans les antécédents familiaux.

VOIES URINAIRES

Recherchez une *douleur à la miction*, habituellement une sensation de brûlure, parfois dénommée *dysurie* (terme qui peut aussi désigner la difficulté à uriner).

Les autres symptômes associés comprennent :

- les *mictions impérieuses*, une envie anormalement intense et pressante d'uriner
- la *pollakiurie*, des mictions anormalement fréquentes
- la fièvre et les frissons ; la présence de sang dans l'urine (*hématurie*)
- les douleurs de l'abdomen, du flanc ou des lombes

Cystite (infection vésicale)

Pensez aussi à des calculs, des corps étrangers et des tumeurs de la vessie, et à une *prostatite aiguë*. Chez la femme, brûlure interne d'une *urétrite*, brûlure externe d'une *vulvovaginite*

Peuvent entraîner une *perte involontaire d'urines*

Douleur permanente, pénible de la *pyélonéphrite* ; *colique néphrétique* en cas d'obstruction de l'uretère par un calcul rénal

Chez les hommes, des « *hésitations* » au début de la miction, la nécessité de « *pousser* » pour uriner, un *jet urinaire de calibre et de force réduits*, une *miction goutte à goutte* pour finir d'uriner.

Évaluez toute :

- *polyurie*, augmentation importante de la diurèse des 24 heures
- *nycturie*, mictions fréquentes la nuit
- *incontinence urinaire*, perte involontaire d'urines :
 - en toussant, en éternuant, ou en soulevant quelque chose
 - lors d'une envie pressante d'uriner
 - sur une vessie pleine, qui ne se vide pas complètement

Prostatite, urétrite

Diabète sucré, diabète insipide

Obstruction vésicale

Voir tableau 11-2 :
« Incontinence urinaire », p. 249-250

Incontinence d'effort (tonus du sphincter urétral médiocre)

Mictions impérieuses
(hyperactivité du détrusor vésical)

Mictions par regorgement
(obstacle anatomique, altération de l'innervation de la vessie)

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Dépistage de l'abus d'alcool.
- Facteurs de risque des hépatites A, B et C.
- Dépistage du cancer du côlon.

Dépistage de l'abus d'alcool. L'évaluation de la *consommation d'alcool* est de la responsabilité du clinicien. Concentrez-vous sur la détection, les conseils et, dans les cas graves, les recommandations thérapeutiques. Utilisez le questionnaire CAGE pour dépister la dépendance à, ou l'abus d'alcool chez tous les adolescents et adultes, y compris les femmes enceintes (voir chapitre 3, p. 59). Des interventions brèves de *counseling* peuvent réduire la consommation d'alcool de 13 à 34 % en 6 à 12 mois.

Facteurs de risque des hépatites A, B et C. Les mesures de protection contre les *hépatites infectieuses* comprennent des conseils sur leur mode de transmission.

- **Hépatite A :** transmission féco-orale. La maladie débute environ 30 jours après la contamination. Le vaccin contre l'hépatite A est recommandé aux voyageurs en pays d'endémie, aux personnes qui manipulent les aliments, aux militaires, aux personnes qui s'occupent d'enfants, aux Indiens d'Amérique et aux Esquimaux, aux professionnels de la santé, de l'hygiène et des laboratoires, aux hommes homosexuels, et aux consommateurs de drogues injectables.
- **Hépatite B :** transmission par contact avec des liquides corporels infectés, tels que le sang, le sperme, la salive et les sécrétions vaginales. L'infection comporte un risque d'hépatite fulminante, d'infection chronique et, à distance, de cirrhose et de carcinome hépatique. Prodiguez des conseils et proposez une sérologie de dépistage aux patients à risque. Le vaccin contre l'hépatite B est

recommandé à tous les adultes jeunes non vaccinés jusqu'à présent, aux consommateurs de drogues injectables et à leurs partenaires sexuels, aux personnes à risque de maladies sexuellement transmises, aux voyageurs en pays d'endémie, aux personnes qui reçoivent des produits sanguins comme les hémodialysés, et aux professionnels de santé souvent exposés aux produits sanguins. Plusieurs de ces groupes doivent aussi subir le dépistage de l'infection à VIH, notamment les femmes enceintes à leur première consultation prénatale.

- *Hépatite C.* L'hépatite C, actuellement la plus fréquente des hépatites virales, est transmise par le sang et est liée à la toxicomanie par voie parentérale. Il n'y a pas de vaccin disponible.

Dépistage du cancer du côlon. En ce qui concerne le *cancer colorectal*, il faut rechercher des facteurs de risque, à savoir des antécédents familiaux de polypes du côlon, des antécédents de cancer ou d'adénome colorectal chez un parent au premier degré, des antécédents personnels de rectocolite hémorragique, de polypes adénomateux ou de diagnostic de cancer de l'endomètre, de l'ovaire ou du sein. Chez les hommes et les femmes à risque moyen, l'*American Cancer Society* recommande l'une des techniques suivantes à partir de l'âge de 50 ans :

- recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) une fois par an ;
- rectosigmoïdoscopie tous les 5 ans ;
- RSOS annuellement + rectosigmoïdoscopie tous les 5 ans ;
- lavement baryté, en double contraste, tous les 5 ans ;
- coloscopie tous les 10 ans.

Les taux de détection du cancer colorectal en fonction de la profondeur de l'introduction de l'endoscope sont approximativement de : 25 à 30 % à 20 cm, 50 à 55 % à 35 cm, 40 à 65 % à 40-50 cm. La coloscopie complète et le lavement en double contraste détectent 80 à 95 % des cancers colorectaux.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

ABDOMEN

— Inspectez l'abdomen, à savoir :

- la peau
- l'ombilic
- les contours, pour la forme, la symétrie, une viscéromégalie ou des masses
- des ondes péristaltiques éventuelles
- des pulsations éventuelles

Cicatrices, vergetures, veines

Hernie, inflammation

Bombement des flancs, voussure sus-pubienne, hépatomégalie ou splénomégalie, tumeurs

Obstruction gastro-intestinale

Augmentées dans l'anévrisme aortique

Auscultez l'abdomen à la recherche de :

- bruits intestinaux
- souffles
- frottements

Péristaltisme augmenté ou diminué

Souffle d'une sténose de l'artère rénale

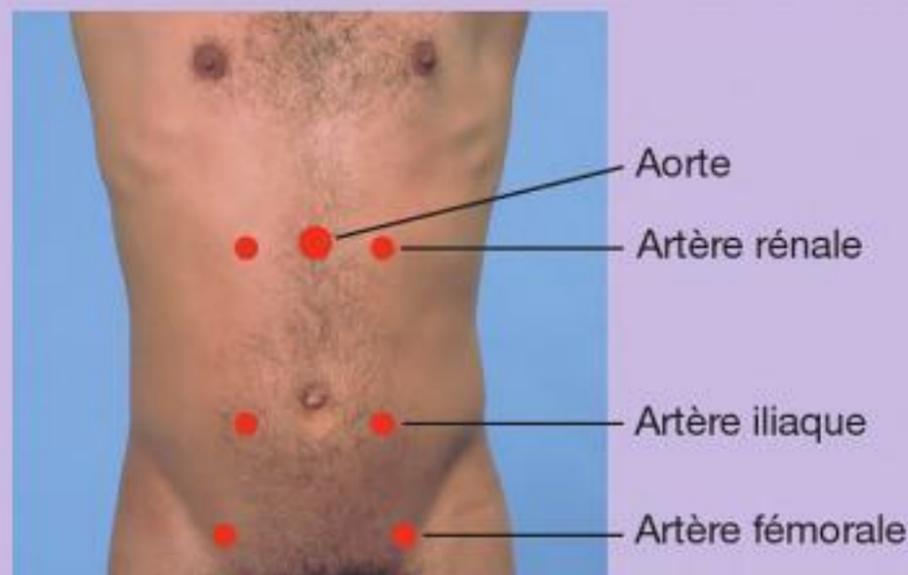
Tumeur hépatique, infarctus splénique

Percutez l'abdomen pour apprécier la répartition du tympanisme et de la matité.

Ascite, occlusion intestinale, utérus gravide, tumeur ovarienne

Souffles et bruits abdominaux

Modification	S'entendent dans
Augmentation des bruits intestinaux	Diarrhée Occlusion intestinale au début
Diminution puis disparition des bruits intestinaux	Iléus paralytique Péritonite
Bruits intestinaux métalliques aigus	Liquide dans l'intestin Gaz sous tension dans un intestin dilaté
Salves de bruits intestinaux aigus avec spasmes douloureux	Occlusion intestinale
Souffle hépatique	Cancer du foie Hépatite alcoolique
Souffles artériels	Occlusion partielle de l'aorte ou des artères rénales



Palpez les différents quadrants de l'abdomen :

- superficiellement, pour rechercher une défense, une douleur à la décompression, une douleur provoquée

Voir tableau 11-3

Une *contracture* de la paroi abdominale antérieure (*ventre de bois*) suggère une inflammation péritonéale.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES



Une *défense* se produit lorsque le patient tressaille, grimace ou signale une douleur lors de la palpation

Douleur à la décompression brusque en cas d'inflammation péritonéale ; la douleur est plus forte lorsque vous retirez votre main que lorsque vous appuyez. Appuyez lentement sur une zone sensible, puis relâchez brusquement

Tumeurs, organes distendus

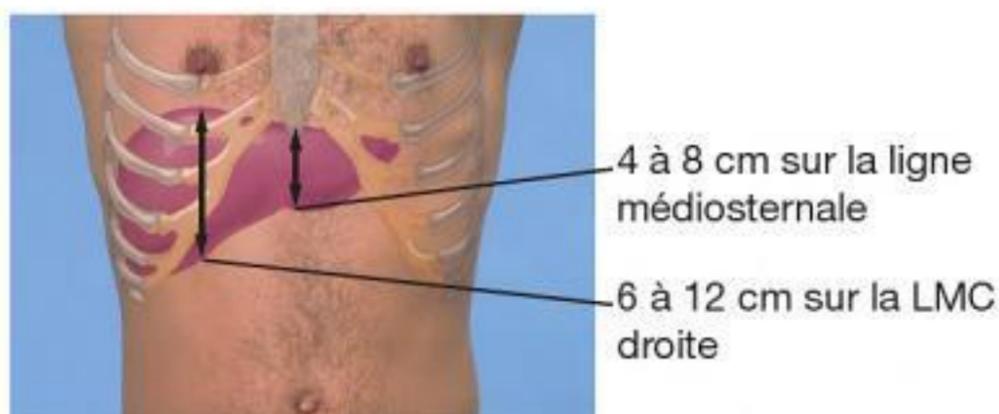
- profondément, pour rechercher des masses ou une douleur provoquée



FOIE

Percutez l'aire de matité hépatique sur la ligne médioclaviculaire (LMC).

Hépatomégalie



HAUTEURS NORMALES DU FOIE

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Palpez le bord inférieur du foie, si possible, pendant une inspiration.

Mesurez la distance qui le sépare du rebord costal sur la LMC.

Bord inférieur ferme de la cirrhose

Augmentée en cas d'hépatomégalie : on peut passer à côté (comme ci-dessous) si on commence à palper trop haut dans le QSD



Notez toute douleur provoquée ou masse.

Foie sensible de l'hépatite ou de l'insuffisance cardiaque congestive ; masses tumorales

RATE

Percutez la partie inférieure gauche de la paroi thoracique antérieure, en notant toute modification allant du tympanisme à la matité.

Essayez de **palper** la rate sur le patient :

Splénomégalie

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- en décubitus dorsal
-  en décubitus latéral droit, avec les membres inférieurs fléchis aux hanches et aux genoux



REINS

 Essayez de **palper** les deux reins.



Augmentation de volume par des kystes, un cancer, une hydronéphrose

 Recherchez une douleur provoquée dans l'angle costo-vertébral (ACV).



Sensibilité dans une infection rénale

AORTE

○ — Palpez les pulsations de l'aorte. Chez les sujets âgés, estimez-en la largeur.



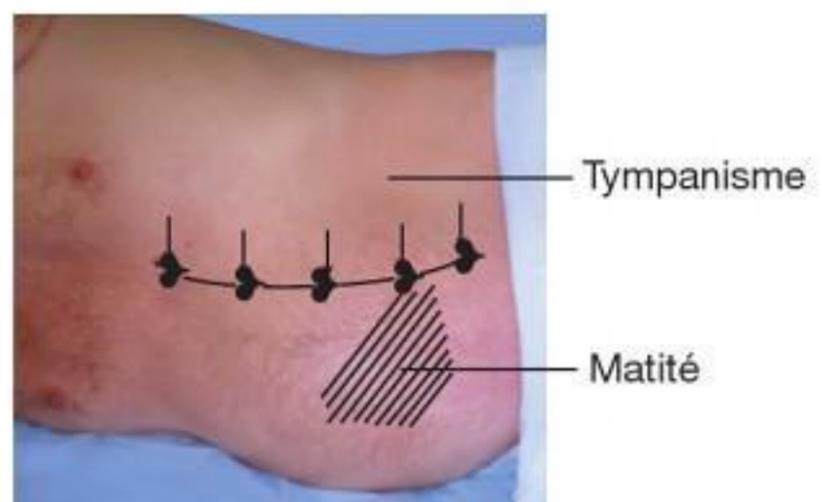
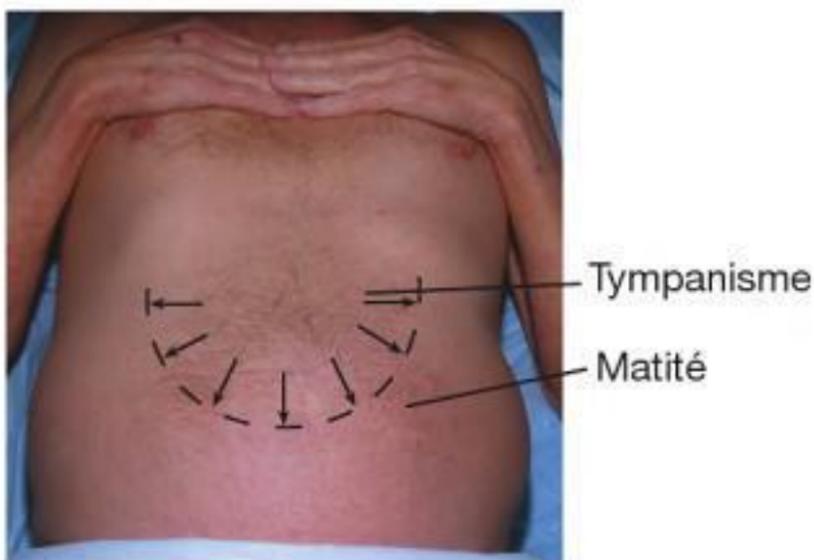
Masse para-ombilicale pulsatile et expansive, d'une largeur ≥ 3 cm dans l'anévrisme de l'aorte abdominale. À explorer en raison du risque de rupture

→ TECHNIQUES SPÉCIALES

RECHERCHE D'UNE ASCITE

○ — / ○ — Percutez pour rechercher une matité déclive. Dessinez les zones de tympanisme et de matité sur le patient en décubitus dorsal puis latéral (voir ci-dessous).

Le liquide d'ascite se déplace habituellement du côté déclive, ce qui modifie la limite de la matité (voir ci-dessous)



TECHNIQUES D'EXAMEN

— Recherchez le *signe du flot*. Demandez au patient ou à un aide d'appuyer fortement le bord cubital de ses deux mains sur la ligne médiane de l'abdomen. Tapotez d'un côté et cherchez à percevoir une impulsion transmise de l'autre côté.

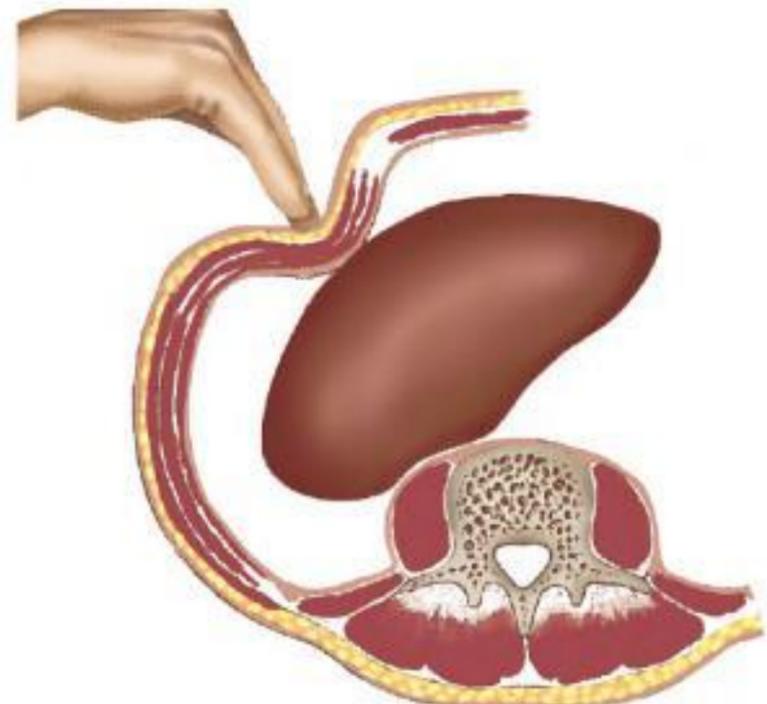


— Faites balloter un organe ou une masse dans un abdomen ascitique. Placez vos doigts étendus et raidis sur l'abdomen, imprimez un coup brusque en direction de la structure, et essayez de toucher sa surface.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Un signe du flot positif suggère une ascite, mais ne la prouve pas

Votre main qui déplace rapidement le liquide est arrêtée quand elle touche la surface de la structure solide



RECHERCHE D'UNE ÉVENTUELLE APPENDICITE

Demandez :

« Où la douleur est-elle apparue ? »

« Où siège-t-elle maintenant ? »

Demandez au patient de tousser :
« Où est-ce que ça fait mal ? »

Palpez à la recherche d'un point douloureux.

Palpez à la recherche d'une contracture musculaire.

Faites un toucher rectal et, chez la femme, un examen gynécologique (voir chapitres 14 et 15).

- *Signe de Rovsing* : appuyez profondément et uniformément dans le quadrant inférieur gauche. Puis retirez rapidement les doigts.
- *Signe du psoas* : placez votre main juste au-dessus du genou droit du patient. Demandez à celui-ci d'élever la cuisse malgré l'opposition de votre main. Ou encore, demandez au patient de se tourner sur le côté gauche. Puis étendez son membre inférieur droit à la hanche pour étirer le psoas.

Dans l'appendicite typique :

Près de l'ombilic

Dans le quadrant inférieur droit (QID) (c'est-à-dire dans la fosse iliaque droite)

Dans le QID

Douleur provoquée dans le QID

Contracture du QID

Douleur localement, surtout si l'appendice est rétrocaecal

Une douleur dans le quadrant inférieur droit tandis qu'on appuie sur le côté gauche suggère une appendicite (signe de Rovsing positif)

Une douleur due à l'irritation du muscle psoas suggère un appendice enflammé (signe du psoas positif)

TECHNIQUES D'EXAMEN

- *Signe de l'obturateur* : fléchissez la cuisse droite du patient à la hanche, avec le genou plié, et portez la hanche en rotation interne, ce qui étire le muscle obturateur interne.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Une douleur hypogastrique droite constitue un signe de l'obturateur *positif*, et suggère une irritation du muscle obturateur par un appendice enflammé

RECHERCHE D'UNE ÉVENTUELLE CHOLÉCYSTITE AIGÜE

Auscultez, percutez et palpez l'abdomen à la recherche d'une zone douloureuse.

Recherchez le *signe de Murphy*. Enfoncez les doigts « en crochet » sous le rebord costal droit, juste en dehors du muscle grand droit et demandez au patient d'inspirer profondément.

Bruits intestinaux conservés ou diminués ; tympanisme augmenté en cas d'iléus ; douleur provoquée du QSD (c'est-à-dire dans l'hypochondre droit)

Une douleur provoquée aiguë et l'arrêt brusque de l'inspiration constituent un signe de Murphy *positif*

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : abdomen

« L'abdomen est proéminent, avec des bruits intestinaux audibles. Il est souple et indolore ; pas de masses ni d'hépatosplénomégalie. La hauteur du foie est de 7 cm sur la LMC droite ; son bord inférieur est lisse, palpable à 1 cm en dessous du rebord costal droit. La rate et les reins ne sont pas perçus. Pas de douleur dans les ACV. »

Ou

« L'abdomen est plat. Pas de bruits intestinaux audibles. Il est ferme, dur comme du bois, sensible, avec une défense et une douleur à la décompression dans la fosse iliaque droite. Matité hépatique de 7 cm de haut sur la LMC ; bord inférieur du foie non perçu. Rate et reins non perçus. Pas de douleur dans les ACV. »

(Suggère la possibilité d'une péritonite appendiculaire ; voir p. 244-245)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 11-1

Diarrhée

Problème/Processus

Caractéristiques des selles

Diarrhée aiguë

Infectieuse, de type sécrétoire

Infection par des virus, des toxines bactériennes préformées (staphylocoques dorés, *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli* entérotoxigènes, vibrion du choléra, cryptosporidies, *Giardia lamblia*)

Aqueuses, dépourvues de sang, pus ou mucus

Infectieuse, de type inflammatoire

Colonisation ou invasion de la muqueuse intestinale par des bactéries telles que les salmonelles non typhiques, les shigelles, *Yersinia*, *Campylobacter*, *E. coli* invasif, et *Entamoeba histolytica*

De sans consistance à aqueuses, souvent avec du sang, du pus ou du mucus

Diarrhée induite par des médicaments

Effet de nombreux médicaments, tels que les antiacides contenant du magnésium, les antibiotiques, les agents anticancéreux et les laxatifs

De sans consistance à aqueuses

Diarrhée chronique

Syndromes diarrhéiques

- Syndrome du côlon irritable : trouble de la motricité intestinale, avec une alternance de diarrhée et de constipation

Sans consistance ; pouvant contenir du mucus mais pas de sang. Petites selles dures pendant la constipation



TABLEAU 11-1

Diarrhée (suite)

Problème/Processus

Caractéristiques des selles

- Cancer du colon sigmoïde : obstruction partielle par une tumeur maligne

Peuvent être striées de sang

Maladies inflammatoires de l'intestin

- *Rectocolite hémorragique* (ou colite ulcéreuse) : inflammation et ulcération de la muqueuse et de la sous-muqueuse du rectum et du côlon

Molles à aqueuses, contenant souvent du sang

- *Maladie de Crohn* du grêle (ou iléite régionale) ou du côlon (colite granulomateuse) : inflammation chronique de la paroi intestinale, atteignant typiquement l'iléon terminal, le côlon ascendant ou les deux

Petites, molles à aqueuses, habituellement dépourvues de sang macroscopiquement visible (iléite), ou moins hémorragiques que dans la rectocolite hémorragique (colite)

Diarrhées abondantes

- Syndromes de malabsorption : défaut d'absorption des graisses et des vitamines liposolubles, avec stéatorrhée (élimination excessive de graisses), comme dans l'insuffisance pancréatique, le déficit en sels biliaires, la pullulation bactérienne

Typiquement volumineuses, molles, jaune pâle à grises, en bouillie, graisseuses ou huileuses, et parfois mousseuses ; particulièrement nauséabondes ; flottant en général dans la cuvette du WC

- Diarrhées osmotiques :
 - intolérance au lactose : déficit en lactase intestinale

Diarrhée aqueuse, de grande abondance



TABLEAU 11-1

Diarrhée (suite)

Problème/Processus	Caractéristiques des selles
<ul style="list-style-type: none"> ■ abus de laxatifs osmotiques : utilisation habituelle de laxatifs, souvent cachée 	Diarrhée aqueuse, de grande abondance
<ul style="list-style-type: none"> ■ Diarrhées sécrétoires dues à une infection bactérienne, un adénome villositéux sécrétant, une malabsorption des graisses ou des sels biliaires, des affections faisant intervenir des hormones (gastrine dans le syndrome de Zollinger-Ellison, <i>vaso-intestinal peptide</i>). Le processus est variable 	Diarrhée aqueuse, de grande abondance

TABLEAU 11-2

Incontinence urinaire

Problème	Mécanismes
<p>Incontinence d'effort : sphincter urétral affaibli. Une augmentation transitoire de la pression intra-abdominale élève la pression vésicale à un niveau supérieur à la résistance urétrale. Entraîne de <i>petites pertes d'urines</i> lors du rire, de la toux ou des éternuements</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les femmes, faiblesse du plancher pelvien, avec soutien musculaire inadéquat de la vessie et de l'urètre proximal et modification de l'angle entre la vessie et l'urètre du fait des accouchements, d'interventions chirurgicales ou d'affections locales touchant le sphincter interne de l'urètre, telles que l'atrophie postménopausique de la muqueuse et l'infection urétrale • Chez les hommes, chirurgie de la prostate



TABLEAU 11-2

Incontinence urinaire (*suite*)

Problème

Mictions impérieuses, avec pertes d'urines : les contractions du détroisor vésical sont plus fortes que la normale et dépassent la résistance urétrale normale. La vessie est typiquement petite. Il en résulte des mictions *de petit volume*, impérieuses, fréquentes et nocturnes

Incontinence par regorgement : les contractions du détroisor n'arrivent pas à surmonter la résistance urétrale. La vessie est typiquement grande, même après une tentative de miction. Il existe un *écoulement d'urine continu*

Incontinence fonctionnelle : impossibilité d'aller à temps aux WC à cause d'un mauvais état de santé ou des conditions environnementales

Incontinence secondaire à des médicaments : des médicaments peuvent favoriser tous les types d'incontinence énumérés ci-dessus

Mécanismes

- Diminution de l'inhibition corticale des contractions du détroisor, comme dans les AVC, les tumeurs cérébrales, la démence et les lésions de la moelle épinière au-dessus du niveau sacré
- Hyperexcitabilité des voies sensibles, due par exemple à une infection vésicale, une tumeur, un fécalome
- Déconditionnement des réflexes de miction, dû à des mictions volontaires fréquentes alors que la vessie est peu remplie
- Obstruction du col de la vessie par une hypertrophie bénigne ou une tumeur de la prostate
- Faiblesse du détroisor associée à une maladie neurologique périphérique au niveau sacré
- Sensibilité vésicale altérée, qui interrompt l'arc réflexe, comme dans la neuropathie diabétique

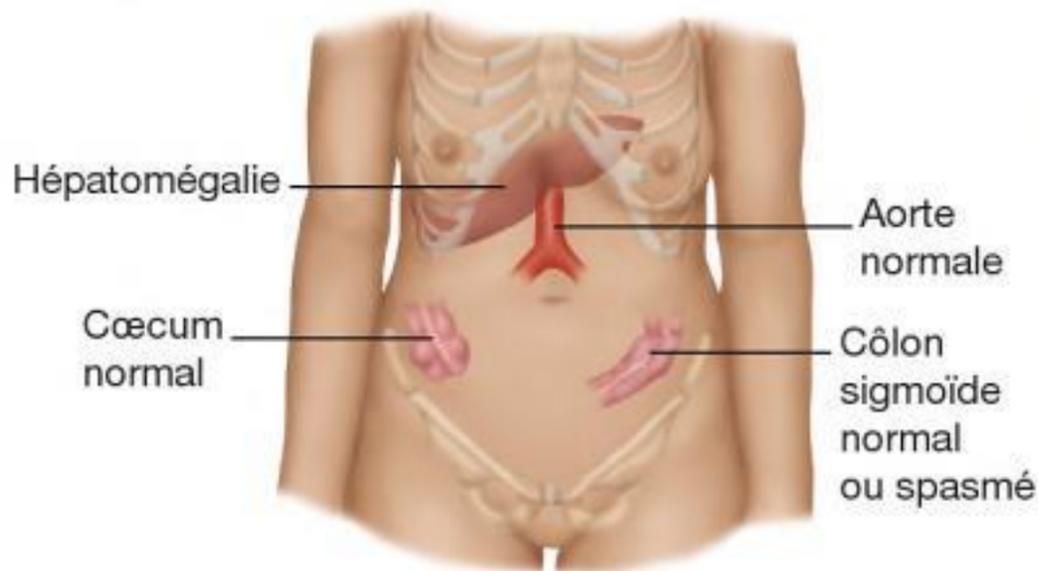
Problèmes de mobilité dus à une faiblesse, un rhumatisme, une mauvaise vision, d'autres affections ; facteurs environnementaux tels qu'un cadre étranger, l'éloignement des toilettes, des barrières de lit, une contention

Sédatifs, tranquillisants, anticholinergiques, bêtabloquants, diurétiques puissants

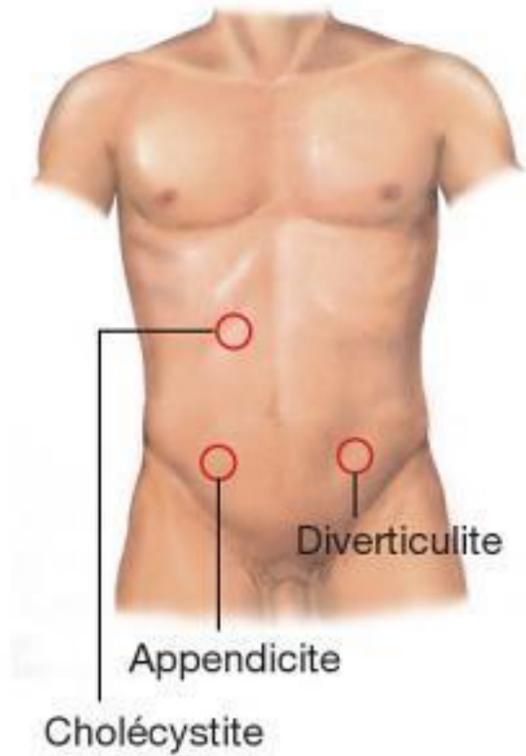
TABLEAU 11-3

Abdomens douloureux

Douleur viscérale

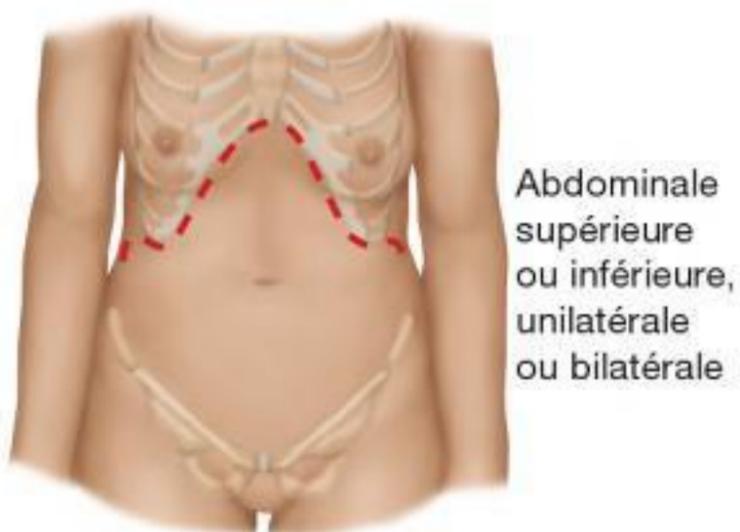


Douleur péritonéale

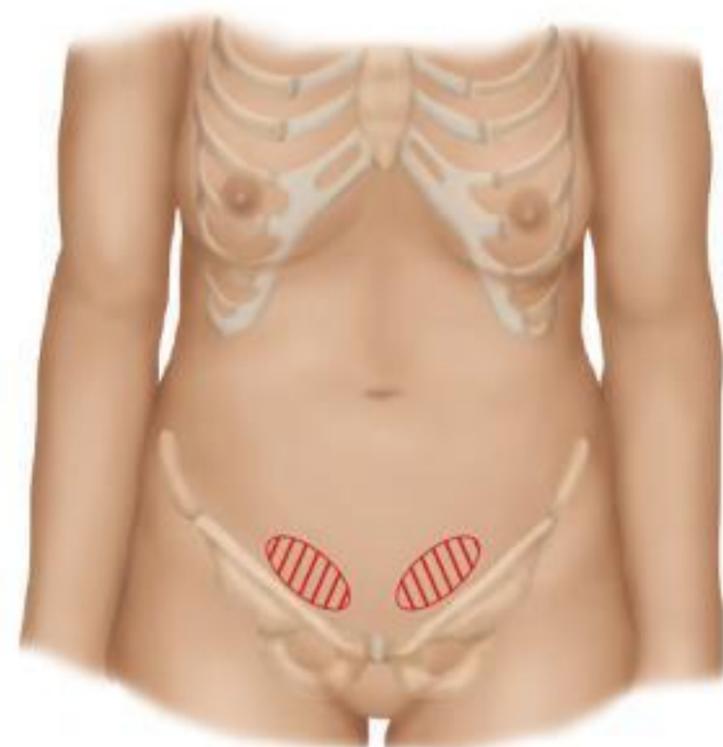


Douleur provenant d'une maladie thoracique ou pelvienne (ou douleur projetée)

Pleurésie aiguë



Salpingite aiguë



Systeme vasculaire périphérique

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Douleurs des membres.
- Claudication intermittente.
- Membres inférieurs froids, engourdis, pâles ; dépilation.
- Changements de coloration des doigts ou des orteils, par temps froid.
- Gonflement des membres inférieurs, des mollets ou des pieds.
- Gonflement avec rougeur et douleur.

Demandez au patient s'il a des *douleurs dans les membres supérieurs ou inférieurs*.

Y a-t-il une *claudication intermittente*, c'est-à-dire une douleur à l'effort, absente au repos, qui oblige le patient à s'arrêter et disparaît en moins de 10 minutes. Demandez : « Avez-vous eu des douleurs ou des crampes dans les membres inférieurs (MI) quand vous marchez ou faites de l'exercice physique ? », « Quelle distance pouvez-vous parcourir sans

La maladie artérielle périphérique (MAP) peut provoquer une ischémie symptomatique des membres ; elle est à distinguer de la sténose du canal rachidien, qui entraîne une douleur des membres inférieurs pouvant diminuer quand le patient se penche en avant (ce qui étire la moelle épinière dans le canal rachidien rétréci) et moins facilement soulagée par le repos

vous arrêter pour vous reposer ? », et « Est-ce que la douleur est soulagée par le repos ? »

Posez aussi des questions sur une *fraîcheur*, un *engourdissement* et une *pâleur* des MI ou des pieds, ainsi que sur une *dépilation* de la face antérieure des tibias.

De nombreux patients ayant peu de symptômes, identifiez les facteurs de risque de fond, tels que le tabagisme, le diabète sucré, l'hypercholestérolémie, et les antécédents d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral (AVC).

« Est-ce que les bouts de vos doigts ou de vos orteils changent de couleur par temps froid ou quand vous manipulez des objets froids ? »

Interrogez le patient sur un *gonflement des pieds et des jambes*, ou des ulcérations sur la partie basse des MI, souvent près des chevilles, dus à une maladie veineuse périphérique.

Dépilation sur les faces antérieures des tibias dans la MAP. Des ulcères « secs », bruns à noirs, par gangrène, peuvent s'ensuivre

Seulement 10 % des patients ont le tableau classique de la douleur d'effort du mollet, soulagée par le repos

Modifications ischémiques des doigts, à type de pâleur intense, suivie de cyanose puis d'érythrose, en cas d'exposition au froid puis de réchauffement dans le *phénomène* ou la *maladie de Raynaud*

Gonflement des mollets dans la *thrombose veineuse profonde* ; hyperpigmentation, œdème, et parfois cyanose, notamment quand les jambes sont en position déclive, dans les *ulcères veineux de stase* ; gonflement, rougeur et chaleur dans la *cellulite*

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Dépistage d'une maladie artérielle périphérique (MAP) ; indice cheville-bras.
- Dépistage d'une artériopathie rénale.
- Dépistage d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Dépistage d'une maladie artérielle périphérique (MAP). Par ordre de fréquence décroissant, la MAP intéresse les artères fémorales et poplitées, puis les artères tibiales et péronières. Elle touche 12 à 25 % de la population générale ; malgré une association significative avec la maladie cardiovasculaire et la maladie cérébrovasculaire, elle est souvent sous-diagnostiquée en médecine de ville. La plupart des patients ayant une MAP présentent soit aucun symptôme, soit des *symptômes non spécifiques des MI*, tels que des *douleurs*, des *crampes*, des *engourdissements* ou une *fatigue*.

Recherchez des facteurs de risque de MAP chez les patients, tels que le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète, un âge supérieur à 70 ans, une hypertension artérielle, ou une athérosclérose coronarienne ou carotidienne, ou une artériopathie rénale. Menez des actions énergiques contre ces facteurs de risque. Utilisez l'index cheville-bras (ICB), un test très précis pour détecter des sténoses ≥ 50 % des principales artères des MI.

On dispose d'un grand choix d'interventions pour diminuer l'installation et l'évolution d'une MAP, à savoir des soins de pied méticuleux et des chaussures bien adaptées, l'arrêt du tabac, le traitement d'une hyperlipidémie, le traitement et l'équilibration d'un diabète sucré et d'une hypertension artérielle, l'utilisation

d'agents antiagrégants, un exercice physique bien dosé et, si besoin est, la chirurgie de revascularisation. Les patients avec un ICB très bas ont un risque annuel de décès de 20-25 %.

Dépistage d'une artériopathie rénale. L'*American College of Cardiology* et l'*American Heart Association* recommandent des explorations pour rechercher une artériopathie rénale, en commençant par l'échographie, chez les patients qui présentent l'une des affections suivantes : hypertension artérielle avant 30 ans, hypertension sévère (voir p. 73) après 55 ans, hypertension rapidement évolutive, rebelle ou maligne, nouvelle détérioration de la fonction rénale, ou détérioration après un traitement par un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un agent bloquant le récepteur de l'angiotensine, des petits reins inexplicables, ou un œdème aigu du poumon inexplicable, surtout dans un contexte de détérioration de la fonction rénale. Les symptômes découlent de ces conditions plutôt que directement des lésions artérioscléreuses des artères rénales.

Dépistage d'un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA). On parle d'AAA lorsque le diamètre de l'aorte sous-rénale dépasse 3,0 cm. Les taux de rupture et de mortalité augmentent brusquement quand le diamètre des AAA dépasse 5,5 cm. Le calibre excessif de l'aorte est le meilleur facteur prédictif de la rupture. Les facteurs de risque supplémentaires sont le tabagisme, un âge supérieur à 65 ans, des antécédents familiaux, une maladie coronarienne, une MAP, une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie. Vu que l'affection est le plus souvent silencieuse mais que son dépistage réduit de 40 % sa mortalité, l'*US Preventive Services Task Force* recommande un dépistage par une échographie unique chez les hommes de 65 à 75 ans « qui ont touché au tabac » (fumé plus de 100 cigarettes sur la durée d'une vie).

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

MEMBRES SUPÉRIEURS

Inspectez :

- leurs dimensions et leur symétrie, tout gonflement
- le réseau veineux
- la coloration et la texture de la peau et des ongles

Lymphoœdème, obstruction veineuse

Obstruction veineuse

Maladie de Raynaud

Palpez et cotez les pouls :

Cotation des pouls artériels

3+	Bondissant
2+	Vif (normal)
1+	Diminué, plus faible que la normale
0	Absent, impossible à palper

- radiaux



Pouls radiaux, carotidiens et fémoraux bondissants dans l'*insuffisance aortique*.
Abolis dans la *thromboangéite oblitérante* (maladie de Buerger)

■ brachiaux (ou huméraux)



Cherchez à percevoir des ganglions épitrochléens.

Adénopathie secondaire à une plaie ou à une infection locale

— MEMBRES INFÉRIEURS

Inspectez :

- leurs dimensions et leur symétrie, tout gonflement
- le réseau veineux
- la coloration et la texture de la peau et des ongles
- la répartition des poils

Recherchez un œdème prenant le godet.

Palpez les mollets.

Insuffisance veineuse, lymphœdème ; thrombose veineuse profonde

Varices

Pâleur, érythrose, cyanose ; érythème et chaleur dans la cellulite et la thrombophlébite

Dépilation dans l'insuffisance artérielle

Œdème déclive, insuffisance cardiaque congestive, hypoalbuminémie, syndrome néphrotique

Sensibilité en cas de thrombose veineuse profonde (mais elle est inconstante)

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Palpez et cotez les pouls :

- fémoraux

- poplités

- pédieux

- tibiaux postérieurs

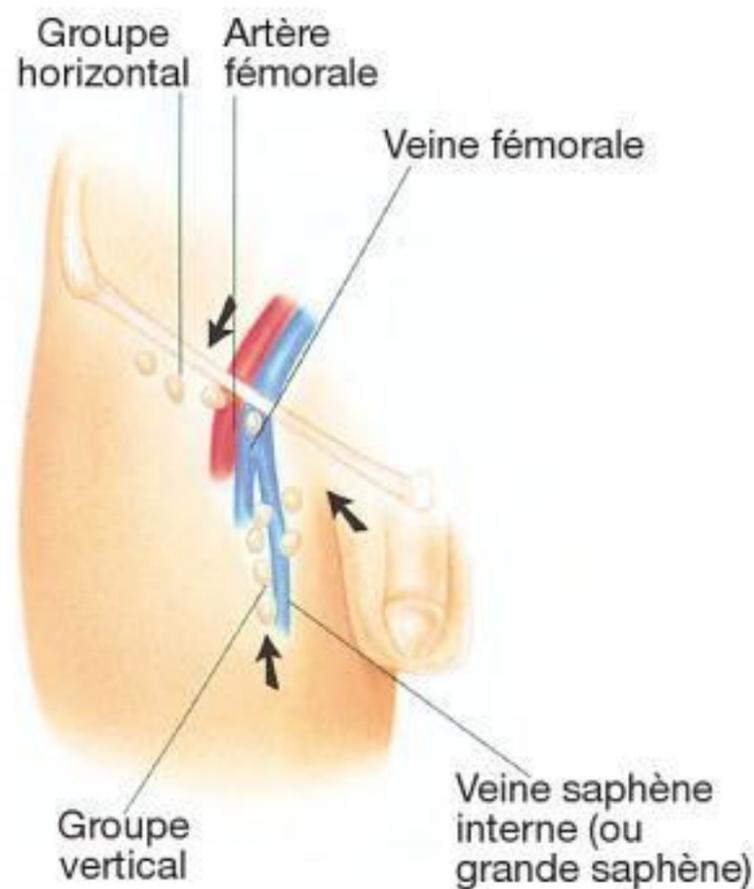
Abolition des pouls dans l'occlusion artérielle aiguë et l'athérosclérose oblitérante



Palpez les ganglions inguinaux :

- groupe horizontal
- groupe vertical

Adénopathie dans les infections génitales, un lymphome, le SIDA



📌 Demandez au patient de se tenir debout et inspectez à nouveau le réseau veineux.

Varices

➔ TECHNIQUES SPÉCIALES

📌 ÉVALUATION DE L'IRRIGATION ARTÉRIELLE DE LA MAIN

Palpez, si possible, le pouls ulnaire (ou cubital). Pratiquez un test d'Allen.

Une pâleur persistante de la paume de la main indique une occlusion de l'artère décomprimée ou de ses branches distales

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES



1. Demandez au patient de serrer fortement le poing, paume vers le haut. Comprimez les artères radiale et ulnaire avec vos pouces.



2. Demandez au patient d'ouvrir la main, dans une position légèrement fléchie et détendue.



3. Levez la compression d'une des artères.



4. La paume doit se recolorer en 3 à 5 secondes. Recommencez la manœuvre en levant la compression de l'autre artère.



MODIFICATIONS POSTURALES DE LA COLORATION DES MI DANS L'INSUFFISANCE ARTÉRIELLE CHRONIQUE

Élevez les deux MI à 60° pendant environ 1 minute. Puis demandez au patient de s'asseoir, les jambes pendantes.

Notez le temps nécessaire pour que : 1) la peau rosisse à nouveau (normalement 10 secondes) et que 2) les veines des pieds et des chevilles se remplissent (normalement environ 15 secondes).

Une pâleur marquée des pieds à l'élévation des MI, un retard de la recoloration et du remplissage veineux, et une rougeur des pieds en déclivité évoquent une insuffisance artérielle

TABLEAU 12-2

Ulcères fréquents des pieds et des chevilles

Ulcération

Caractéristiques

Insuffisance artérielle



Siégeant sur les orteils, les pieds, les zones de traumatisme. Pas d'hyperpigmentation ni d'induration du pourtour cutané ; atrophie possible. Douleur souvent intense, à moins qu'elle ne soit masquée par une neuropathie. Possibilité de gangrène. Pouls diminués, troubles trophiques, pâleur du pied en élévation, rougeur sombre en déclivité.

Insuffisance veineuse chronique



Siégeant sur la face interne ou externe de la cheville. Pourtour pigmenté, parfois fibreux. Douleur peu intense. Pas de gangrène. Œdème, pigmentation, dermatite de stase et, parfois, cyanose des pieds en déclivité.



TABLEAU 12-2

Ulcères fréquents des pieds et des chevilles (*suite*)

Ulcération

Caractéristiques

Ulcère neurogène



Siégeant aux points de pression des zones d'hypoesthésie, comme dans la neuropathie diabétique. Pourtour cutané induré. Pas de douleur (ce qui fait que l'ulcère peut passer inaperçu). En général, pas de gangrène. Sensibilité diminuée, réflexes achilléens abolis.

TABLEAU 12-3

Utilisation de l'indice cheville-bras

Instructions pour mesurer l'indice cheville-bras (ICB)*

1. Le patient doit être au repos dans une pièce tiède depuis au moins 10 minutes.

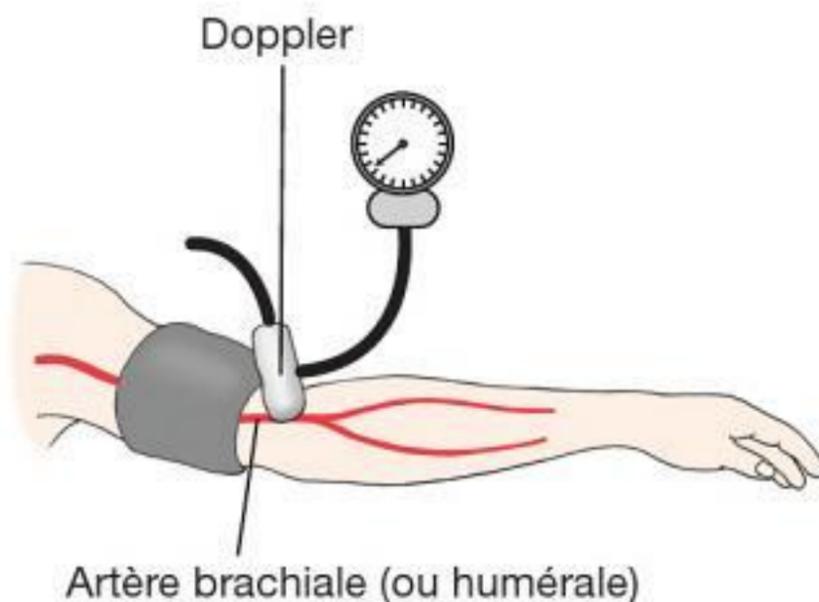
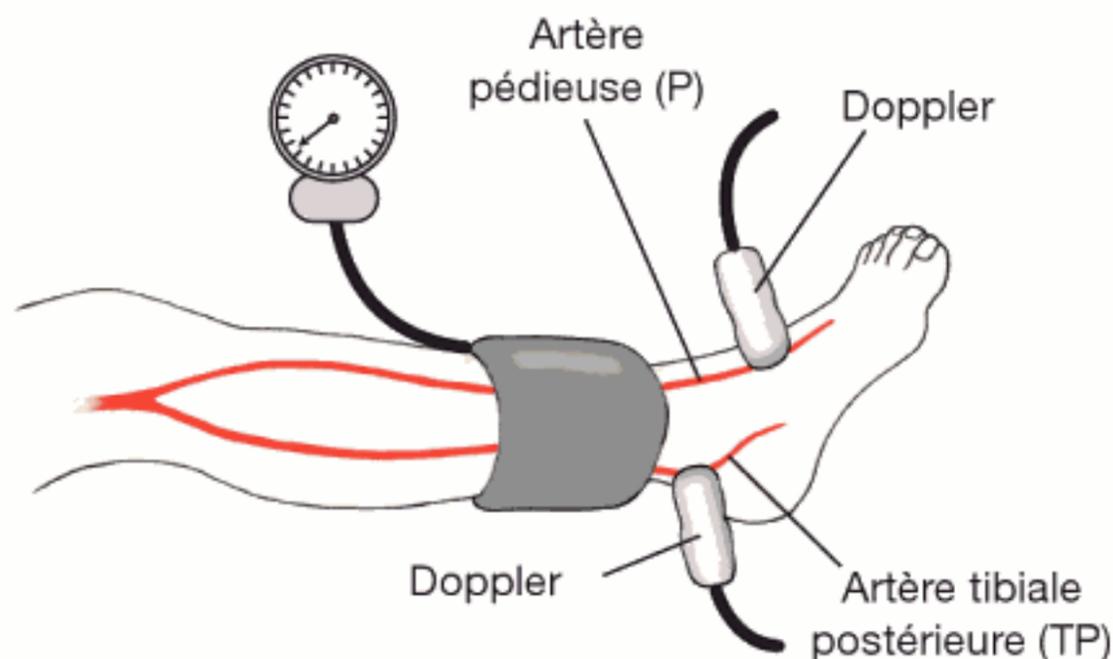


TABLEAU 12-3

 Utilisation de l'indice cheville-bras (*suite*)

Instructions pour mesurer l'indice cheville-bras (ICB)*

2. Placez des brassards à tension sur les deux bras et les deux chevilles comme sur les schémas ; puis appliquez du gel pour ultrasons sur les artères brachiales, pédieuses et tibiales postérieures.
3. Mesurez la pression systolique aux bras :
 - localisez le pouls brachial avec l'appareil Doppler
 - gonflez le brassard à tension à 20 mmHg au-dessus du dernier battement artériel audible
 - dégonflez le brassard lentement et notez la valeur de la pression à laquelle le pouls redevient audible
 - faites deux mesures à chaque bras et prenez leur moyenne comme valeur de la pression systolique de l'artère brachiale de ce bras



4. Mesurez la pression systolique aux chevilles :
 - localisez le pouls pédieux avec l'appareil Doppler
 - gonflez le brassard à tension à 20 mmHg au-dessus du dernier battement artériel audible
 - dégonflez le brassard lentement et notez la valeur de la pression à laquelle le pouls redevient audible
 - faites deux mesures à chaque cheville et prenez leur moyenne comme valeur de la pression systolique de l'artère pédieuse de cette cheville
 - répétez les étapes ci-dessus pour les artères tibiales postérieures



TABLEAU 12-3

Utilisation de l'indice cheville-bras (*suite*)

Instructions pour mesurer l'indice cheville-bras (ICB)*

5. Calculez l'ICB

$$\text{ICB droit} = \frac{\text{plus grande moyenne de la pression systolique à la cheville droite (P ou TP)}}{\text{plus grande moyenne de la pression systolique au bras (droit ou gauche)}}$$

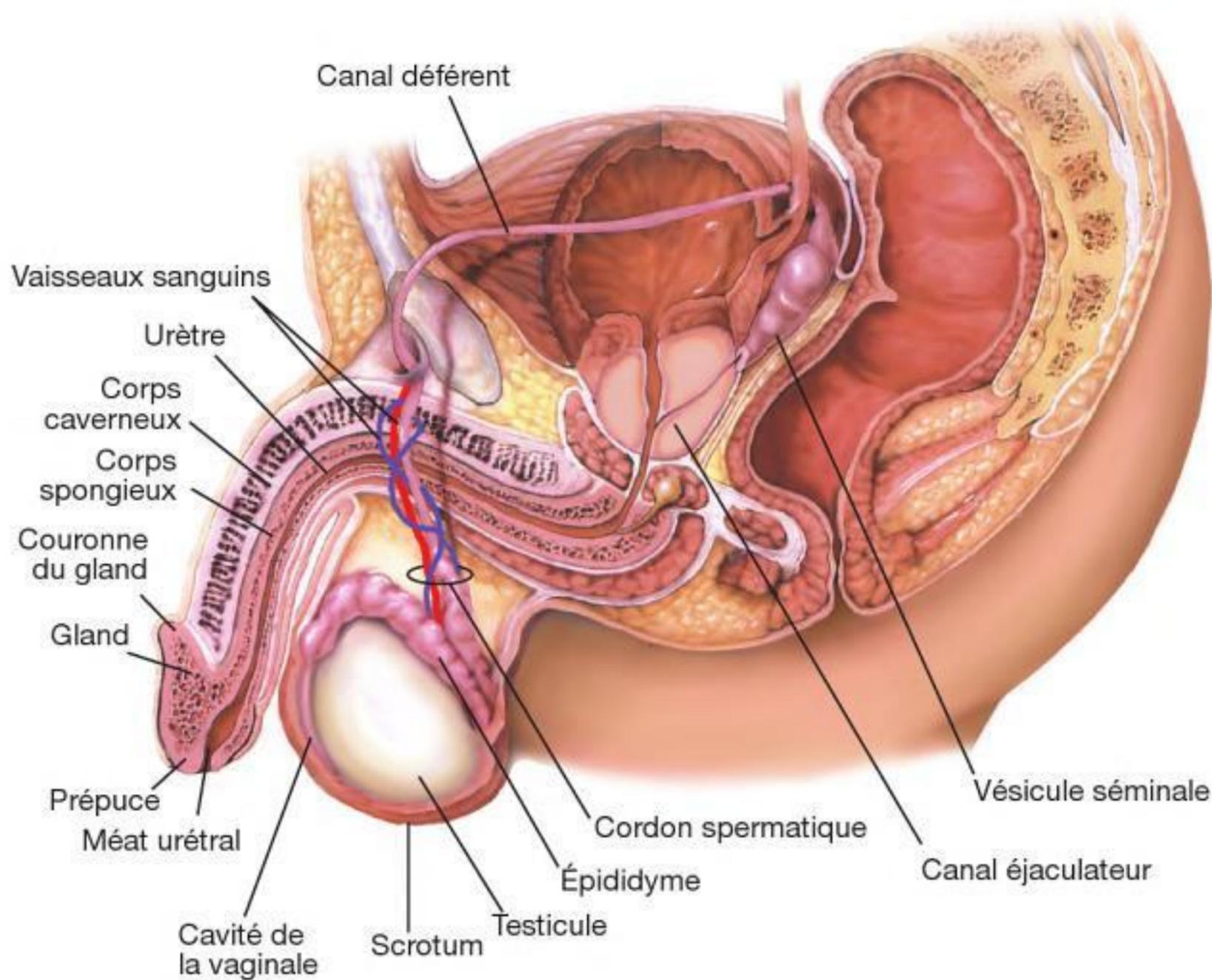
$$\text{ICB gauche} = \frac{\text{plus grande moyenne de la pression systolique à la cheville gauche (P ou TP)}}{\text{plus grande moyenne de la pression systolique au bras (droit ou gauche)}}$$

Interprétation de l'indice cheville-bras*

<i>Valeur de l'ICB</i>	<i>Interprétation clinique</i>
> 0,90 (de 0,90 à 1,30)	Flux sanguin normal dans les membres inférieurs
< 0,89 à > 0,60	Maladie artérielle périphérique légère
< 0,59 à > 0,40	Maladie artérielle périphérique modérée
< 0,39	Maladie artérielle périphérique sévère

* Source : Laine C, Goldman D, Wilson JF. In the clinic : peripheral arterial disease. Ann Int Med 2007 ; 146 (5) : ITC 3-1.

Organes génitaux de l'homme et hernies



ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Préférences et réactions sexuelles.
- Écoulement et lésions du pénis.
- Douleur, gonflement ou lésions du scrotum.

Expliquez votre intérêt pour la santé sexuelle du patient. Posez les questions de façon neutre, sans émettre de jugement.

- « Quels partenaires sexuels avez-vous ? Parlez-moi de vos préférences sexuelles. »
- « Qu'en est-il de votre fonction sexuelle ? », « Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? », « Qu'en est-il de vos capacités sexuelles ? »

Pour évaluer la *libido* (ou désir) :
« Êtes-vous toujours intéressé par le sexe ? »

Pour la phase d'*excitation* :
« Arrivez-vous à obtenir une érection et à la maintenir ? »

Diminution du désir de cause psychique, comme dans la dépression, endocrinienne ou médicamenteuse

Troubles de l'érection dus à une cause psychique, surtout s'il persiste une érection matinale ; et aussi à un manque de testostérone, une diminution du débit sanguin dans le territoire de l'artère hypogastrique, une altération de l'innervation

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Prévention des MST et de l'infection à VIH.
- Auto-examen des testicules.

Prévention des MST et de l'infection à VIH. Concentrez-vous sur l'éducation du patient au sujet des MST et de l'infection à VIH, sur la détection précoce d'une infection au cours de l'interrogatoire et de l'examen physique, et sur l'identification et le traitement de partenaires infectés. Précisez l'orientation sexuelle du patient, le nombre de ses partenaires sexuels le mois passé, et les antécédents éventuels de MST. Renseignez-vous aussi sur la consommation d'alcool et de drogues, notamment les drogues injectables. Conseillez aux patients de réduire le nombre de leurs partenaires, d'utiliser des préservatifs et de se faire suivre régulièrement pour le traitement des MST et de l'infection à VIH.

Des conseils et une sérologie du VIH sont indiqués chez toutes les personnes à risque élevé d'infection à VIH, de MST ou les deux, les hommes ayant des partenaires masculins, les consommateurs actuels ou anciens de drogues injectables, les hommes et les femmes ayant des rapports non protégés avec de multiples partenaires, les travailleurs du sexe, les partenaires actuels ou anciens de personnes infectées par le VIH, bisexuelles ou consommant des drogues injectables, et les patients transfusés entre 1978 et 1985.

Auto-examen des testicules. Incitez les hommes, notamment ceux qui ont entre 15 et 35 ans, à faire un auto-examen mensuel des testicules.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

ORGANES GÉNITAUX MASCULINS

Mettez des gants. Le patient peut se tenir debout ou être couché.

PÉNIS

 Inspectez :

- le développement du pénis, et la peau et les poils à sa base
- le prépuce
- le gland
- le méat urétral

Palpez :

- toute lésion visible
- le corps du pénis

SCROTUM ET SON CONTENU

Inspectez :

- les contours du scrotum
- sa peau

Palpez chaque :

- testicule, en notant une éventuelle :

Maturité sexuelle, poux

Phimosi

Balanite, chancre, herpès, végétations vénériennes (ou condylomes), cancer

Hypospadias, écoulement d'une urétrite

Chancre, cancer

Sténose ou cancer de l'urètre

Hernie, hydrocèle, cryptorchidie

Éruptions

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- grosseur
- douleur



- épididyme
- cordon spermatique et les régions adjacentes



Cancer du testicule

Orchite, torsion du cordon spermatique, hernie inguinale étranglée

Épididymite, kyste

Varicocèle, avec de nombreuses veines dilatées et sinueuses ; une structure kystique peut être une hydrocèle

HERNIES

Le patient est habituellement debout.

TECHNIQUES D'EXAMEN

Inspectez les régions inguinales et crurales (ou aines) tandis que le patient pousse.

Palpez l'anneau inguinal superficiel avec l'index revêtu de la peau du scrotum et demandez au patient de pousser.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Hernies inguinales et crurales

Hernies inguinales directes et indirectes

Arcade crurale (ou ligament inguinal)
Anneau inguinal superficiel



→ TECHNIQUES SPÉCIALES

AUTO-EXAMEN DES TESTICULES

INSTRUCTIONS AU PATIENT POUR L'AUTO-EXAMEN DES TESTICULES

- ✓ Cet examen doit être fait de préférence après un bain ou une douche tiède. La chaleur relâche le scrotum et facilite la découverte d'éventuelles anomalies.
- ✓ Tenez-vous devant un miroir et recherchez un gonflement de la peau du scrotum.
- ✓ Examinez chaque testicule à deux mains. Courbez les index et les majeurs sous les testicules et placez les pouces au-dessus.
- ✓ Faites rouler doucement le testicule entre le pouce et les autres doigts. Un testicule peut être plus gros que l'autre... C'est normal, mais inquiétez-vous d'une grosseur ou d'une zone douloureuse.

(suite)



- ✓ Localisez l'épididyme. C'est une structure molle, tubulée, à l'arrière du testicule, qui recueille et transporte le sperme, pas une grosseur anormale.
- ✓ Si vous découvrez une grosseur, n'attendez pas. Consultez votre médecin. La grosseur peut n'être qu'une infection, mais si c'est un cancer, il grossira s'il n'est pas traité.

Source : Medline Plus. US National Library of Medicine and National Cancer Institute. Medical Encyclopedia-Testicular self-examination. Accessible sur : www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003909.htm. Visité le 8 juin 2007.

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : organes génitaux de l'homme et hernies

« Homme circoncis. Pas d'écoulement ni de lésions de la verge. Pas de gonflement ni de couleur anormale des bourses. Testicules en place, lisses, sans masse. Épididymes insensibles. Pas de hernies inguinales ni crurales. »

Ou

« Homme non circoncis, gland facile à décalotter. Pas d'écoulement ni de lésions de la verge. Pas de gonflement ni de couleur anormale des bourses. Testicules en place ; testicule droit lisse ; nodule ferme de 1 × 1 cm dans le testicule gauche. Il est fixe et indolore. Épididymes insensibles. Pas de hernies inguinales ni crurales. »

(Suspicion de carcinome testiculaire, le cancer le plus fréquent chez l'homme entre 15 et 35 ans)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 13-1

Anomalies du pénis et du scrotum

**Hypospadias**

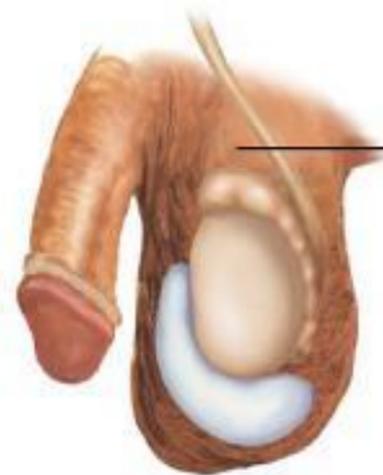
Déplacement congénital du méat urétral vers la face inférieure du pénis. Un sillon s'étend du méat à l'endroit où il devrait normalement être, à l'extrémité du gland.

**Œdème du scrotum**

La peau du scrotum est tendue par un œdème prenant le godet ; se voit dans l'insuffisance cardiaque congestive et le syndrome néphrotique.

**Maladie de La Peyronie**

Plaques dures, indolores, palpables directement sous la peau, généralement sur le dos de la verge. Le malade se plaint d'incurvation et de douleur à l'érection.



Les doigts peuvent passer par-dessus la masse.

Hydrocèle

Accumulation de liquide dans la vaginale. Indolore, pas sous tension, transilluminable. Les doigts de l'examineur peuvent pénétrer dans le scrotum au-dessus de la masse.



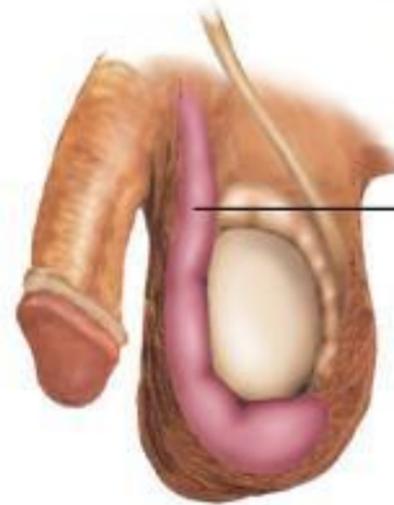
TABLEAU 13-1

Anomalies du pénis et du scrotum (*suite*)



Carcinome du pénis

Nodule ou ulcère induré, en général indolore. Atteint presque exclusivement les hommes non circoncis, mais peut être masqué par le prépuce. Toute ulcération persistante du pénis est suspecte



Les doigts ne peuvent pas passer par-dessus la masse

Hernie inguinoscrotale

En général, *hernie inguinale indirecte*, qui est descendue dans le scrotum *via* l'anneau inguinal superficiel. Les doigts de l'examineur ne peuvent pas pénétrer dans le scrotum au-dessus de la masse

TABLEAU 13-2

Maladies sexuellement transmises des organes génitaux de l'homme



Condylomes acuminés (végétations vénériennes)

- *Aspect* : papules ou plaques, uniques ou multiples, de forme variable : arrondies, acuminées (pointues), ou étroites et allongées. Peuvent être surélevées, planes ou verruqueuses (comme un chou-fleur)
- *Microbe responsable* : les *papillomavirus humains*, surtout les sous-types 6 et 11 ; les sous-types cancérogènes sont rares : environ 5 à 10 % de tous les condylomes anogénitaux. *Incubation* : des semaines à des mois ; le contaminateur peut ne pas avoir de lésions visibles
- Peuvent siéger sur le pénis, le scrotum, l'aîne, les cuisses, l'anus ; en général asymptomatiques, mais parfois prurigineux et douloureux
- Peuvent disparaître sans traitement



Herpès génital

- *Aspect* : vésicules, petites (1-3 mm), éparses ou groupées (« en bouquet ») sur le gland ou le corps de la verge. Font place à des érosions quand elles se rompent
- *Microbe responsable* : *Herpes simplex virus*, en général de type 2 (90 %), qui est un virus à ADN double-brin. *Incubation* : 2 à 7 jours
- La primo-infection peut être latente ; les récurrences sont en général moins douloureuses et plus brèves
- *Signes associés* : fièvre, malaise, céphalées, arthralgies ; douleur locale et œdème, adénopathie
- *Diagnostic différentiel* : zona génital (sujets âgés et distribution métamérique) ; candidose

TABLEAU 13-3

Anomalies des testicules

**Cryptorchidie**

Le testicule est atrophié et peut se trouver dans le canal inguinal ou la cavité abdominale, ce qui donne une bourse vide. Ci-dessus, on ne palpe ni le testicule ni l'épididyme gauches. Une cryptorchidie augmente notablement le risque de cancer du testicule

**Petit testicule**

Chez l'adulte, le grand axe du testicule est habituellement $\leq 3,5$ cm. Petits testicules fermes dans le *syndrome de Klinefelter*, en général ≤ 2 cm. Petits testicules mous, suggérant une atrophie, dans la cirrhose, la dystrophie myotonique, l'imprégnation œstrogénique, l'hypopituitarisme ; également après une orchite

**Orchite aiguë**

Le testicule inflammatoire est douloureux, sensible et tuméfié. Il peut être difficile à distinguer de l'épididyme. Le scrotum peut devenir rouge. Se voit dans les oreillons et d'autres infections virales ; en général, unilatérale



TABLEAU 13-3

Anomalies des testicules (suite)



Précocement



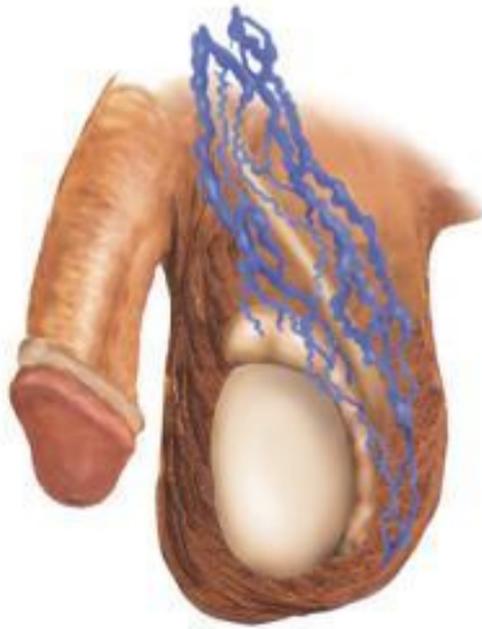
Tardivement

Tumeur du testicule

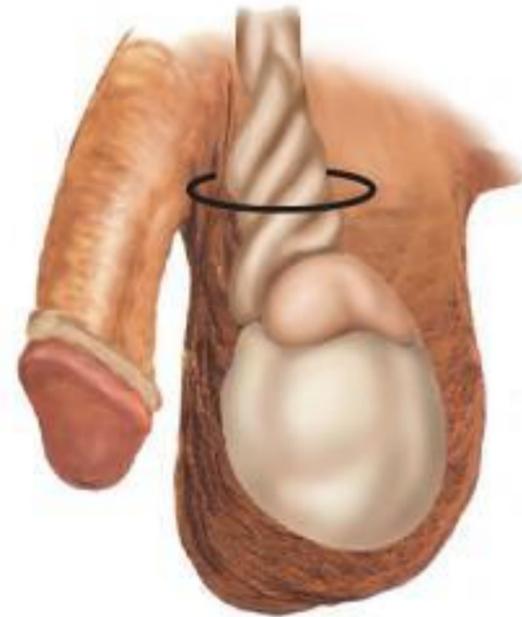
Se présente, en général, comme un nodule indolore. Tout nodule intra-testiculaire est suspect de malignité et justifie un bilan

Quand un cancer du testicule grossit et s'étend, il semble envahir toute la glande. Le testicule est typiquement plus lourd que normalement

TABLEAU 13-4

Anomalies de l'épididyme et du cordon spermatique (*suite*)**Varicocèle**

Ce sont des varices des veines du cordon spermatique, en général à gauche. Elles donnent la sensation d'un « sac rempli de vers », mou, distinct du testicule, qui s'affaisse lentement quand le scrotum est surélevé, chez le patient en décubitus dorsal.

**Torsion du cordon spermatique**

La torsion du testicule sur son cordon donne une douleur aiguë et une tuméfaction de la glande, qui se rétracte vers le haut, dans un scrotum qui devient rouge et œdémateux. Il n'y a pas d'infection urinaire associée. C'est une urgence chirurgicale à cause de l'interruption de la circulation sanguine.

TABLEAU 13-5

Hernies de l'aîne

Hernie inguinale indirecte

La plus fréquente des hernies, tous âges et tous sexes confondus. Naît au-dessus de l'arcade crurale et descend souvent dans le scrotum. *Peut atteindre le bout de l'index de l'examineur dans le canal inguinal*

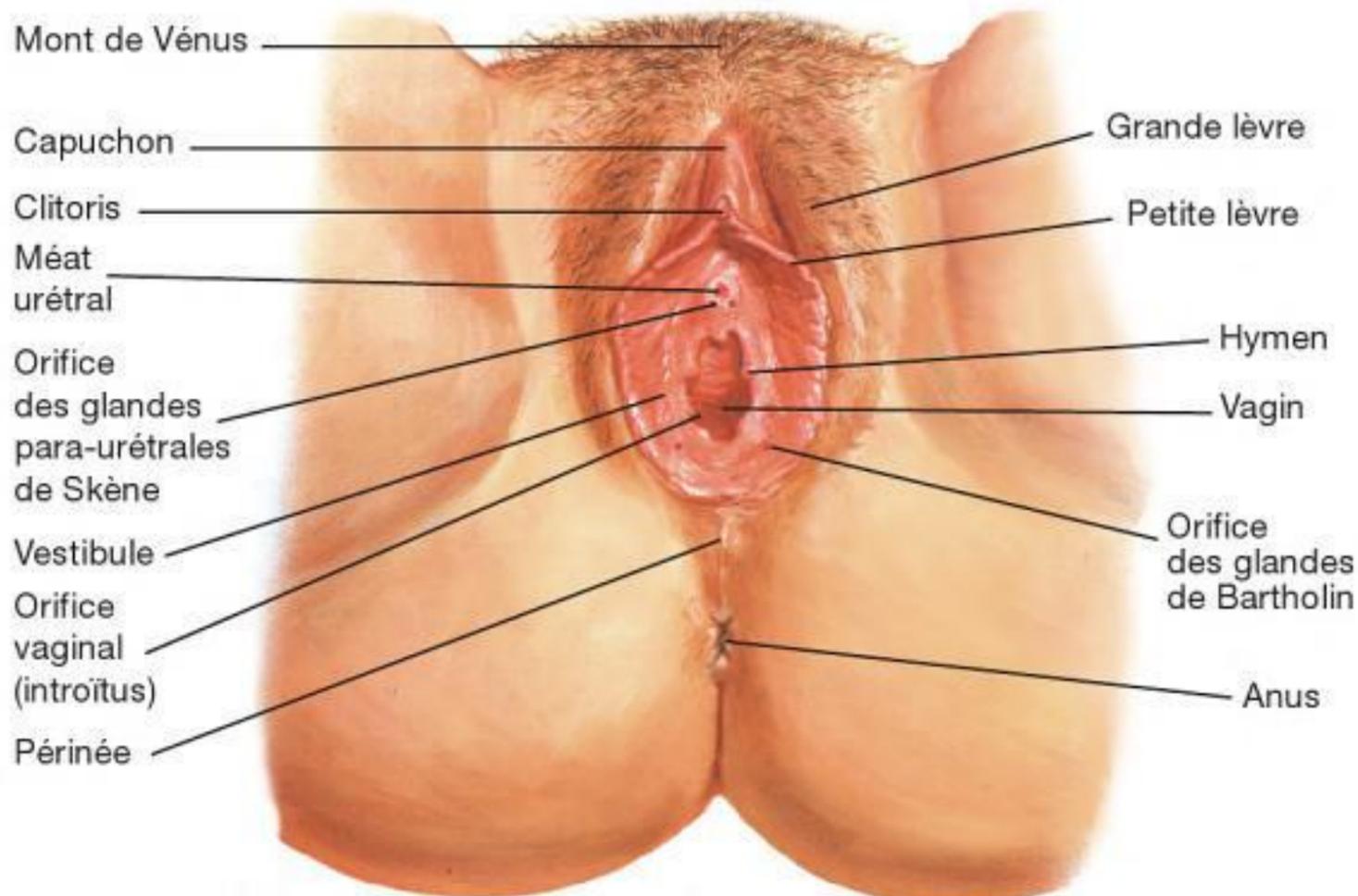
Hernie inguinale directe

Moins fréquente que la hernie indirecte. Survient habituellement chez des hommes âgés de plus de 40 ans. Naît au-dessus de l'arcade crurale, près de l'anneau inguinal superficiel et *descend rarement dans le scrotum. Peut faire saillie en avant et toucher la face latérale du doigt de l'examineur*

Hernie crurale

La moins fréquente des trois, plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Naît en dessous de l'arcade crurale, plus en dehors que la hernie inguinale. *Ne descend jamais dans le scrotum*

Organes génitaux de la femme



ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Inquiétudes fréquentes

- Premières règles, menstruations, ménopause, saignement post-ménopausique.
- Grossesse.
- Symptômes vulvovaginaux.
- Préférences et réactions sexuelles.

Pour les *règles*, demandez à la patiente à quel âge elle a eu ses premières règles (âge du ménarche).

Quelle est la date du premier jour de ses dernières règles, et, si possible, celle de ses règles précédentes ? Quelle est la durée du cycle (calculez l'intervalle entre les premiers jours de deux menstruations successives) ? Les règles sont-elles régulières ou irrégulières ? Combien de jours durent-elles ? Quelle est leur abondance ?

L'*aménorrhée de la grossesse* s'accompagne souvent de signes précoces : sensibilité, picotements et augmentation de volume des seins ; pollakiurie ; nausées et vomissements ; fatigabilité ; et perception des mouvements du fœtus (pas avant 20 semaines).

La *dysménorrhée*, ou règles douloureuses, est fréquente.

L'*aménorrhée* est l'absence de règles. S'il n'y a jamais eu de règles, on parle d'*aménorrhée primaire* ; si elles se sont interrompues, d'*aménorrhée secondaire*.

Les dates des dernières règles peuvent attirer l'attention sur une éventuelle grossesse, des irrégularités menstruelles

Une *aménorrhée* suivie d'un saignement abondant suggère une menace d'avortement ou une hémorragie utérine fonctionnelle

Dysménorrhée primaire due à une production accrue de prostaglandines ; dysménorrhée secondaire de l'*endométriose*, des *infections génitales hautes* et des polypes de l'endomètre

Aménorrhée secondaire due à un poids insuffisant, par malnutrition ou *anorexie mentale*, un stress, une maladie chronique ou un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien

La *ménopause*, l'absence de règles pendant 12 mois d'affilée, survient d'habitude entre 48 et 55 ans. Les symptômes associés comprennent les « bouffées de chaleur », avec rougeur du visage et sueurs, et les troubles du sommeil.

Pour les *pertes vaginales* et le *prurit vulvovaginal*, renseignez-vous sur l'abondance, la consistance et l'odeur de l'écoulement.

Pour évaluer la fonction sexuelle, commencez par des questions générales neutres, telles que : « Vous intéressez-vous au sexe ? », ou « Avez-vous des problèmes d'ordre sexuel ? »

Des questions directes vous aident à préciser chaque phase de la réaction sexuelle : désir, excitation et orgasme.

Recherchez aussi une *dyspareunie*, c'est-à-dire une gêne ou une douleur pendant le rapport sexuel.

Pour les *maladies sexuellement transmises* (MST), précisez les préférences sexuelles de la

Un *saignement post-ménopausique*, saignement qui survient 6 mois ou plus après l'arrêt des règles, soulève la question du cancer de l'endomètre, du traitement hormonal substitutif, ou des polypes du col et de l'utérus

Voir tableau 14-1 : « Lésions de la vulve », p. 298-299, et tableau 14-4 : « Vaginites », p. 302

Une douleur superficielle suggère une inflammation locale, une vaginite atrophique ou une lubrification inadéquate ; une douleur plus profonde peut être due à des troubles pelviens ou à la compression d'un ovaire normal

Chez la femme, certaines MST donnent peu de signes, mais comportent un risque de stérilité

patiente (hommes, femmes ou les deux) et le nombre de ses partenaires sexuels durant le mois écoulé. Demandez-lui si elle a des inquiétudes au sujet du SIDA, si elle désire une sérologie du VIH, et si elle a ou a eu des partenaires à risque.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Dépistage du cancer du col : frottis cervicaux et infections à papillomavirus humains.
- Options du planning familial.
- Maladies sexuellement transmises (MST) et infection à VIH.
- Changements de la ménopause.

Dépistage du cancer du col et infections à papillomavirus humains (HPV). Suivez les recommandations de 2003 de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) concernant les frottis cervicaux de dépistage dans les différentes tranches d'âge :

- **premier dépistage** : 3 ans après le premier rapport sexuel, mais à 21 ans au plus tard en tout cas ;
- **femmes jusqu'à 30 ans** : dépistage une fois par an ;
- **femmes de 30 ans et plus** :
 - dépistage tous les 2 à 3 ans si trois frottis annuels consécutifs sont négatifs, ou si la cytologie cervicale et le test pour les HPV à risque élevé sont négatifs ;

Ménopause. Familiarisez-vous avec les changements psychologiques et physiologiques de la *ménopause*. Aidez la patiente à peser les bénéfices et les risques d'un traitement, en prenant en compte ses antécédents personnels et familiaux de maladie cardiovasculaire et d'ostéoporose.

TECHNIQUES D'EXAMEN

ASTUCES POUR RÉUSSIR UN EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

La patiente

- ✓ Évitez les rapports sexuels, les douches vaginales et les ovules dans les 24 à 48 heures précédant l'examen
- ✓ Videz votre vessie avant l'examen
- ✓ Couchez-vous sur le dos, la tête et les épaules légèrement surélevées, les bras le long du corps ou croisés sur la poitrine (pour faciliter le contact oculaire et relâcher les muscles abdominaux)

L'examineur

- ✓ Demandez l'autorisation
- ✓ Expliquez à l'avance chaque étape de l'examen ; trouvez une assistante
- ✓ Recouvrez la patiente du milieu de l'abdomen aux genoux avec un drap ; creusez le drap entre les genoux pour voir le visage de la patiente
- ✓ Évitez les mouvements brusques ou intempestifs
- ✓ Choisissez un spéculum de taille convenable
- ✓ Réchauffez le spéculum en le passant sous l'eau tiède du robinet
- ✓ Enfilez des gants
- ✓ Vérifiez que la patiente est à l'aise pendant l'examen en regardant son visage
- ✓ Utilisez une technique parfaite mais douce, surtout quand vous introduisez le spéculum

Les examinateurs hommes doivent être accompagnés par des assistantes femmes. Les examinateurs femmes doivent être assistées chaque fois que c'est possible.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

— Observez la pilosité pubienne pour évaluer la maturité sexuelle.

∞ Examinez les organes génitaux externes (OGE) :

- lèvres
- clitoris
- méat urétral
- orifice vaginal (introïtus)

Palpez, à la recherche d'une augmentation de volume et d'une sensibilité des glandes de Bartholin.

Exprimez l'urètre, à la recherche d'un écoulement, si c'est indiqué.

Puberté normale ou retardée

Inflammation

Hypertrophie en cas de virilisation

Caroncule urétrale

Imperforation de l'hymen

Infection des glandes de Bartholin

Écoulement d'une urétrite

ORGANES GÉNITAUX INTERNES ET FROTTIS CERVICAUX

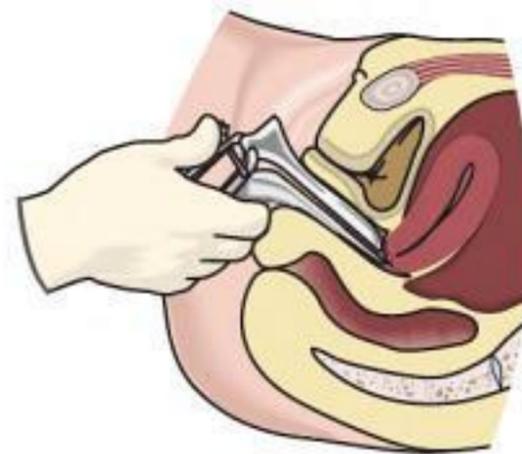
Localisez le col avec un index ganté et lubrifié avec de l'eau.

Appréciez le soutien des parois vaginales en demandant à la patiente de pousser.

Cystocèle, urétrocystocèle, rectocèle

Élargissez l'introitus en appuyant sur son bord postérieur, vers le bas.

Introduisez un spéculum de taille adéquate, lubrifié à l'eau, en le tenant obliquement pour commencer.



ANGLE D'INTRODUCTION

Faites tourner le spéculum, ouvrez-le et inspectez le col.

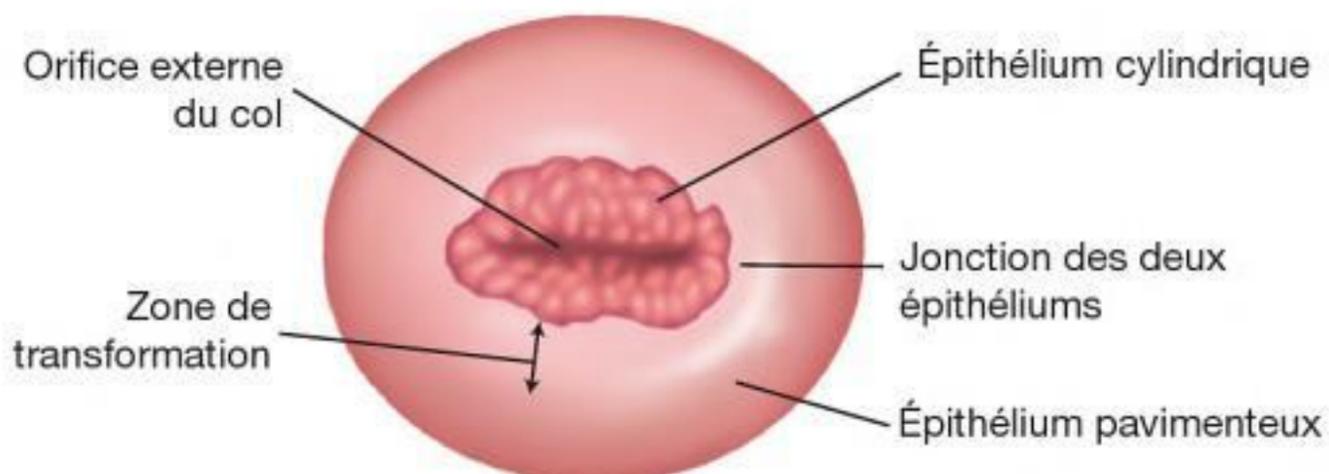
Observez :

- sa position
- sa couleur
- sa surface épithéliale

Le col regarde en avant si l'utérus est rétroversé

Violacée dans la grossesse

Épithélium cylindrique et pavimenteux



→ TECHNIQUES SPÉCIALES

HERNIES

Demandez à la femme de pousser tandis que vous palpez à la recherche d'un bombement dans :

- le canal crural (ou fémoral) Hernie crurale
- les grandes lèvres, juste en dehors de l'épine du pubis Hernie inguinale indirecte

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen gynécologique : organes génitaux de la femme

« Pas d'adénopathie inguinale. Pas d'érythème, de lésions, ni de masses des OGE. Muqueuse vaginale rose. Col de multipare, rose, sans écoulement. Utérus antérieur, médian, lisse, pas augmenté de volume. Pas de douleur des annexes. Frottis faits. Cloison rectovaginale intacte. Ampoule rectale sans masses. Selles marron, Hémoccult négatif. »

Ou

« Micropolyadénopathie inguinale bilatérale. OGE sans érythème ni lésions. Muqueuse vaginale et col recouverts par un écoulement blanchâtre homogène, ayant une légère odeur de poisson. Après écouvillonnage du col, pas d'écoulement visible dans l'orifice cervical. Utérus médian ; pas de masses annexielles. Ampoule rectale sans masses. Selles brunâtres, Hémoccult négatif. »

(Évoque une vaginose bactérienne)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 14-1

Lésions de la vulve

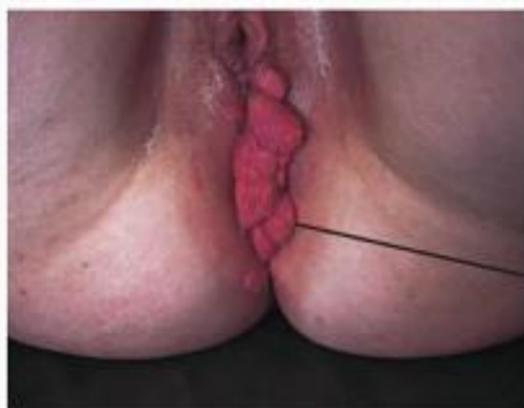
Kyste épidermoïde



Nodule kystique dans la peau

Un petit nodule kystique, arrondi et ferme évoque un *kyste épidermoïde*. Il a parfois une couleur jaunâtre. Recherchez le point noir qui indique l'orifice obstrué de la glande.

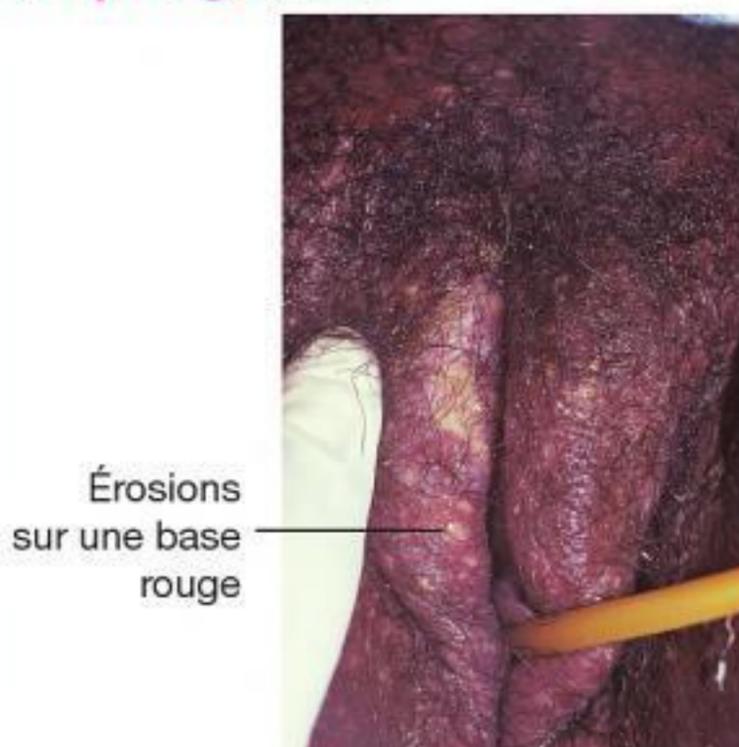
Condylome acuminé (végétation vénérienne)



Végétations

Des lésions verruqueuses des lèvres et du vestibule évoquent des *condylomes acuminés* dus à une infection à papillomavirus humains.

Herpès génital



Érosions sur une base rouge

De petites ulcérations douloureuses et superficielles, reposant sur une base rouge, suggèrent une infection herpétique. La primo-infection peut être étendue, comme montré ici. Les récurrences sont habituellement localisées à une petite zone.



TABLEAU 14-1

Lésions de la vulve (*suite*)**Chancre syphilitique**

Une ulcération ferme et indolore évoque le chancre de la *syphilis primaire*. Étant donné que la plupart des chancres de la femme sont internes, ils passent souvent inaperçus.

Syphilis secondaire (condylome plan)

Papules
grises,
aplaties

Des papules un peu surélevées, à sommet aplati, arrondies ou ovales, recouvertes d'un exsudat grisâtre évoquent un *condylome plan*, une manifestation de la *syphilis secondaire*. Elles sont contagieuses.

Carcinome de la vulve

Une lésion vulvaire rouge surélevée ou ulcérée chez une femme âgée peut être un carcinome de la vulve.

TABLEAU 14-2

Formes de l'orifice cervical

Formes normales

Ovale

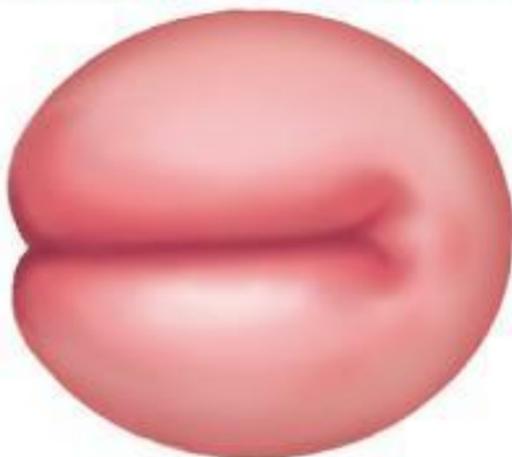


En forme de fente

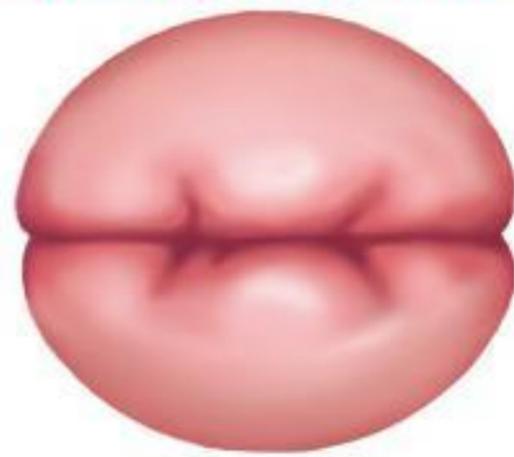


Déchirures

Transverse unilatérale



Transverse bilatérale



En étoile

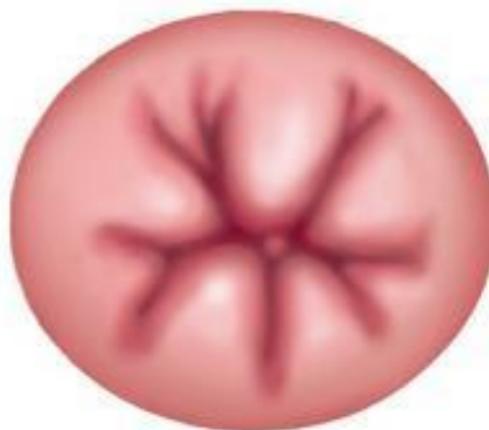
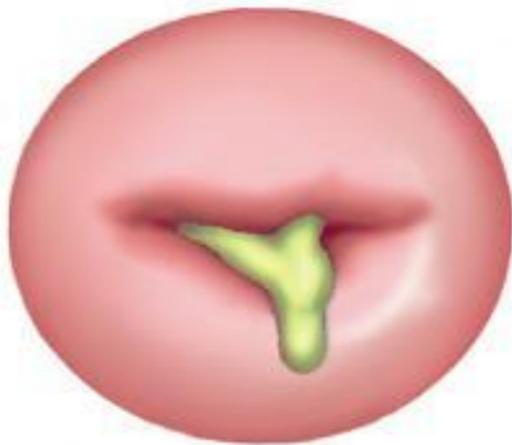


TABLEAU 14-3

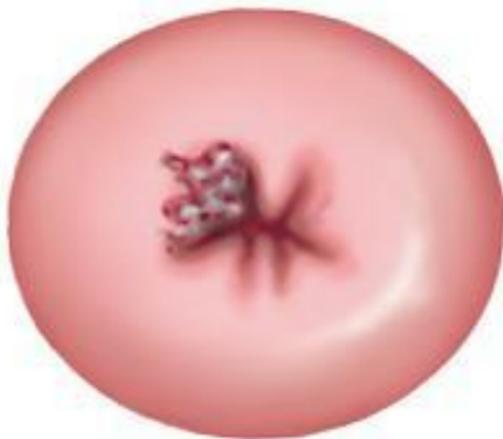
Anomalies du col



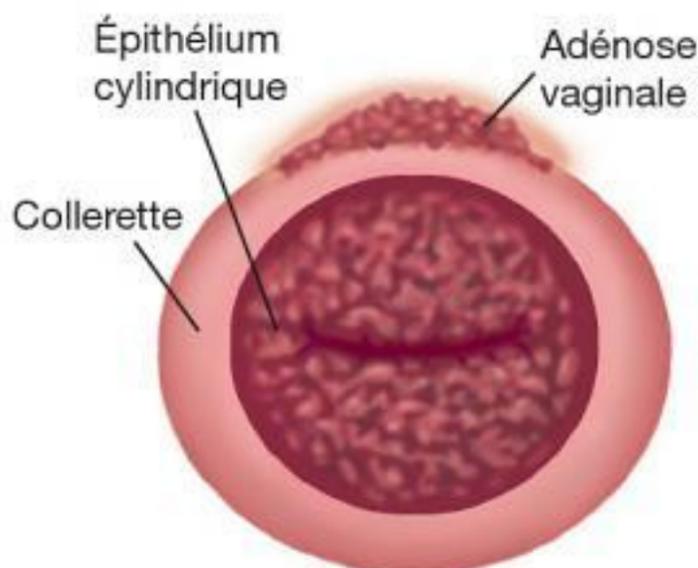
Polype cervical. Une masse lisse, rouge vif, qui s'exteriorise par l'orifice cervical, évoque un polype. Elle saigne facilement



Cervicite mucopurulente. Des sécrétions jaunâtres sortant de l'orifice cervical suggèrent ce diagnostic. Il peut s'agir d'une infection à *Chlamydia* ou à gonocoques



Cancer du col utérin. Une masse dure, irrégulière évoque un cancer. L'examen physique seul ne permet pas de détecter des lésions débutantes



Exposition foétale au diéthylstilbestrol (DES). Plusieurs changements peuvent être visibles : une collerette de tissu autour du col, l'extension de l'épithélium cylindrique au col et aux parois vaginales (appelée *adénose vaginale*) et, plus rarement, un cancer du vagin

TABLEAU 14-4

Pertes vaginales

Nota bene : un diagnostic précis repose sur des examens de laboratoire (cultures comprises).

Vaginite à *Trichomonas*

Écoulement : jaune-vert, souvent abondant, parfois malodorant

Autres symptômes : prurit, douleurs vaginales, dyspareunie

Vulve : peut être rouge

Vagin : peut être normal ou rouge, avec des points rouges, des pétéchies

Examen de laboratoire : lame montée avec du sérum physiologique, à la recherche de *Trichomonas*

Vaginite à *Candida*

Écoulement : blanchâtre, cailleboté, souvent épais, non malodorant

Autres symptômes : prurit, douleurs vaginales, dysurie externe, dyspareunie

Vulve : souvent rouge et œdématisée

Vagin : souvent rouge, avec des plaques blanches

Examen de laboratoire : préparation traitée à la potasse, à la recherche de filaments mycéliens

Vaginose bactérienne

Écoulement : grisâtre ou blanchâtre, fluide, homogène, peu abondant, malodorant

Autres symptômes : odeur de poisson des organes génitaux

Vulve : habituellement normale

Vagin : habituellement normal

Examen de laboratoire : préparation montée avec du sérum physiologique, à la recherche de bâtonnets adhérant aux cellules épithéliales ; « sniff test » après addition de potasse, pour l'odeur de poisson

TABLEAU 14-6

Positions de l'utérus et fibromes utérins



Un utérus antéversé est en position antérieure et fait un angle droit avec le vagin. C'est la position la plus fréquente. L'*antéflexion* – une flexion en avant du corps par rapport au col – coexiste souvent



Un utérus rétroversé a basculé en totalité vers l'arrière et son col regarde vers l'avant

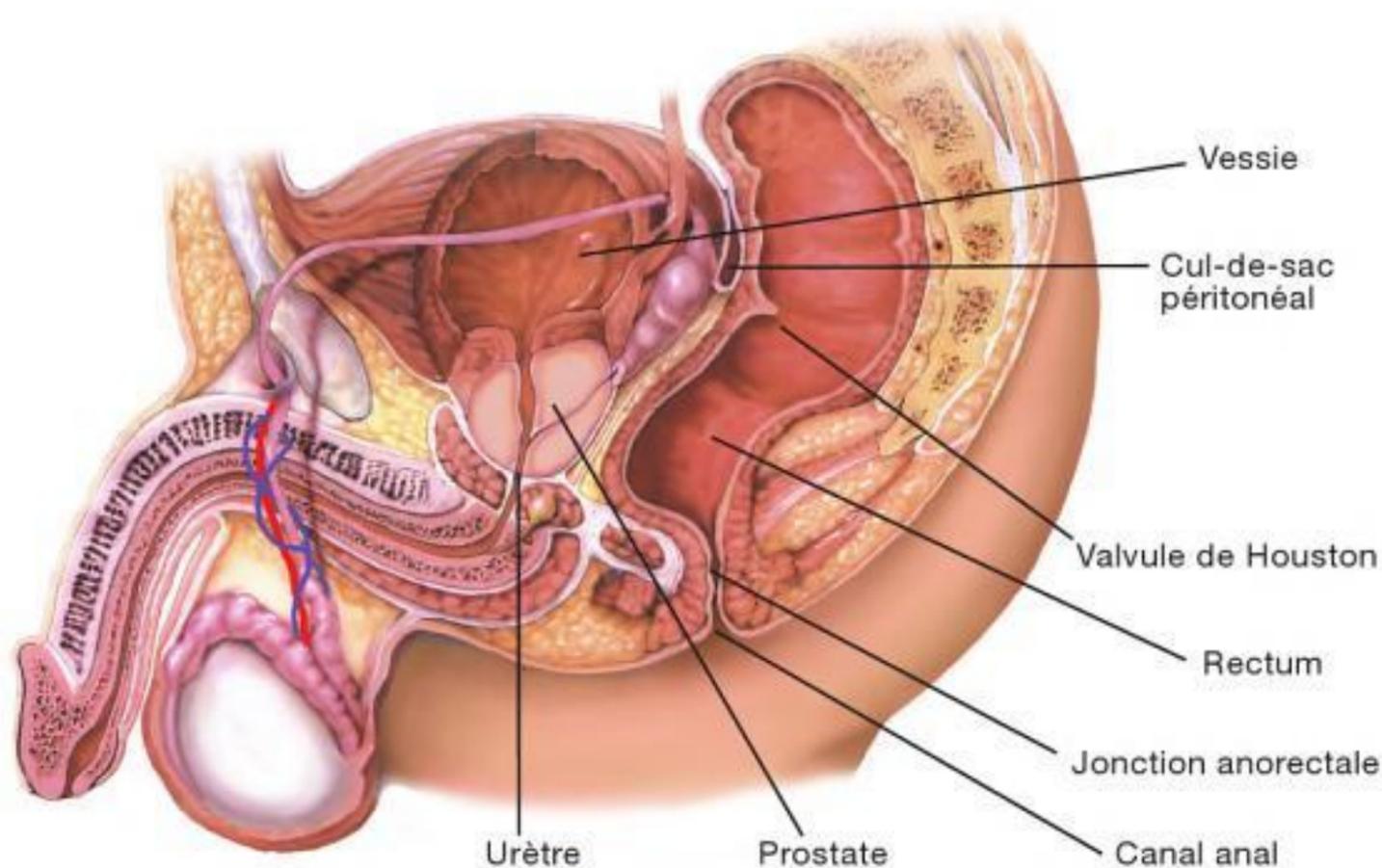


Un utérus rétrofléchi présente une bascule du corps – mais pas du col – en arrière. Un utérus rétrofléchi ou rétroversé peut n'être perçu qu'à travers la paroi rectale ; quelquefois, il n'est pas perçu du tout



Un fibromyome utérin est une tumeur bénigne très fréquente, qui est ferme et souvent irrégulière. Il peut être multiple. Un fibromyome de la face postérieure de l'utérus peut être pris pour un utérus déplacé vers l'arrière ; un fibromyome de la face antérieure, pour un utérus antéversé

Anus, rectum et prostate



ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Modifications du fonctionnement intestinal.
- Sang dans les selles.
- Douleur à la défécation ; rectorragie ou douleur rectale.
- Condylomes et fissures anales.
- Jet d'urine faible.
- Brûlures à la miction.

Posez des questions sur d'éventuelles modifications du fonctionnement intestinal ou des problèmes de diarrhée ou de constipation. Y a-t-il du sang dans les selles ou des selles « goudron » ?

Une douleur à la défécation, une rectorragie ou une douleur rectale ?

Des végétations ou des fissures anales ?

Chez les hommes, revoyez le type des mictions. Est-ce que le patient a du mal à commencer à uriner ou à se retenir d'uriner ? Est-ce que le jet est faible ? Urine-t-il fréquemment, notamment la nuit ? Ou a-t-il des douleurs ou des brûlures en urinant ? Du sang dans les urines ou le sperme, ou une douleur en éjaculant ? A-t-il souvent des douleurs ou une contracture dans les lombes, les hanches, ou la partie supérieure des cuisses ?

Selles « crayon » ou sang dans les selles dans le *cancer du côlon* ; selles goudron (méléna) en cas de *saignement gastro-intestinal*

Hémorroïdes ; rectite des MST

Infection à papillomavirus humains (HPV), condylomes plans dans la syphilis secondaire ; fissures en cas de rectite, maladie de Crohn

Ces symptômes suggèrent une obstruction urétrale comme dans l'*hypertrophie bénigne (ou adénome) de la prostate*, et le *cancer de la prostate*, surtout chez les hommes de plus de 70 ans. Le score de symptômes de l'*American Urological Association (AUA)* permet de quantifier la sévérité de l'*hypertrophie bénigne de la prostate* (voir tableau 15-1, p. 312)

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Dépistage du cancer de la prostate.
- Dépistage des polypes et du cancer colorectal.
- Conseils sur les MST.

Cancer de la prostate. Le cancer de la prostate est le premier cancer diagnostiqué chez les hommes américains et la troisième grande cause de décès chez les hommes. Les facteurs de risque sont l'âge, des antécédents familiaux de cancer de la prostate et, aux États-Unis, une origine africaine.

Les méthodes de dépistage telles que le toucher rectal (TR) et le dosage du *Prostate Specific Antigen* (PSA) ne sont pas très précises, ce qui complique les décisions en matière de dépistage des patients *asymptomatiques*. Le TR n'atteint que les faces postérieures et latérales de la prostate ; il ignore les 25 à 35 % de tumeurs siégeant dans d'autres zones. La sensibilité du TR pour le cancer de la prostate est basse, allant de 20 à 68 %, et le taux de faux positifs est élevé. La recommandation d'un TR annuel est discutée.

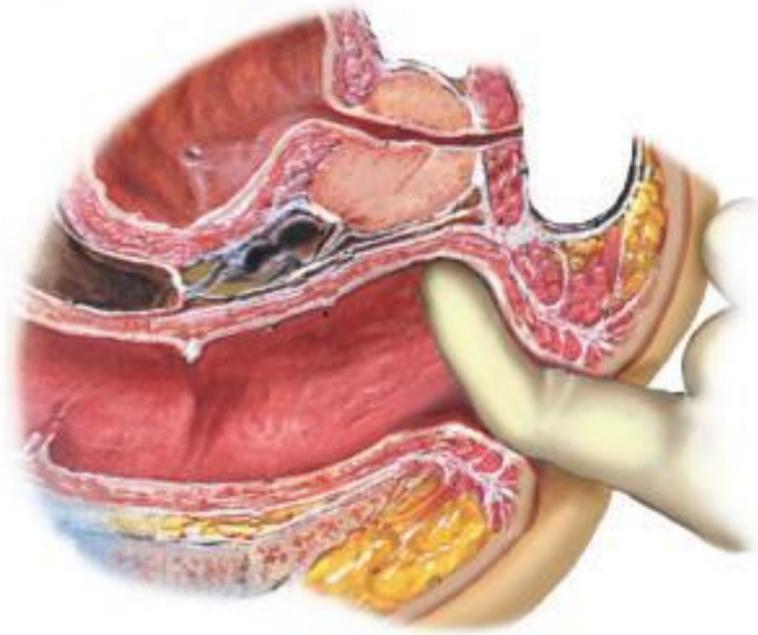
Les bénéfices du dosage du PSA ne sont pas clairs non plus. Le PSA peut être augmenté dans des affections bénignes telles que l'hypertrophie de la prostate et la prostatite, et son taux de détection du cancer de la prostate est faible, d'environ 28 à 35 % chez les hommes asymptomatiques. Plusieurs groupes recommandent un dépistage annuel du cancer de la prostate associant PSA et TR chez les hommes de plus de 50 ans, les Afro-Américains, et les hommes de plus de 40 ans ayant des antécédents familiaux. Certains experts recommandent à présent de déterminer le taux de base du PSA à 40 ans, d'abaisser la valeur seuil de la biopsie de

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Essayez de **percevoir** des irrégularités ou une douleur sur la prostate, si c'est indiqué.

Hypertrophie bénigne (adénome), cancer de la prostate ; douleur dans une prostatite aiguë



Placard rectal de métastases péritonéales ; sensibilité d'une inflammation

♀ / ♂ **CHEZ LA FEMME**

La patiente est en général installée en position gynécologique ou en décubitus latéral.

Inspectez l'anus.

Palpez le canal anal et le rectum.

Hémorroïdes

Cancer du rectum, col utérin normal, ou tampon vaginal (perçu à travers la paroi rectale)

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : anus, rectum et prostate

« Pas de lésions ni de fissures périrectales. Tonus du sphincter externe normal. Ampoule rectale sans masses. Prostate lisse, indolore, avec sillon médian palpable. (Ou chez une femme, col utérin indolore.) Selles brunes et Hémoccult négatif. »

Ou

« Région périrectale inflammatoire ; pas d'ulcérations, de condylomes ni d'écoulement. Impossible d'examiner le sphincter externe, l'ampoule rectale et la prostate à cause d'une contracture du sphincter externe et d'une inflammation et d'une douleur intenses du canal anal. »

(Fait craindre une rectite de cause infectieuse)

Ou

« Pas de lésions ni de fissures périrectales. Tonus du sphincter externe normal. Ampoule rectale sans masses. Nodule dur de 1 × 1 cm dans le lobe gauche de la prostate ; lobe droit lisse ; sillon médian effacé. Selles brunes et Hémoccult négatif. »

(Fait craindre un cancer de la prostate)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 15-1

Score des symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate de l'AUA (*American Urological Association*)

Cotez ou demandez au patient de coter toutes les questions ci-dessous. Plus les symptômes sont sévères, plus les scores sont élevés (au maximum : 35) ; des scores ≤ 7 sont considérés comme bas et, en général, ne justifient pas de traitement.

Partie A	Jamais	Moins d'une fois sur 5
<ol style="list-style-type: none"> 1. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir fini d'uriner ? 2. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ? 3. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu une interruption du jet (arrêt et reprise du jet) en urinant ? 4. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ? 5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu un jet urinaire faible ? 6. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ? 		
Partie B	Jamais	1 fois
<ol style="list-style-type: none"> 7. Au cours du dernier mois, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment du coucher et celui du lever le lendemain) ? 		

Adapté de : Madsen FA, Bruskewitz RC. Clinical manifestations of benign prostatic hyperplasia. *Urol Clin North Am* 1995 ; 22 : 291-8.

Moins
d'une fois
sur 2

Environ
une fois
sur 2

Plus
d'une fois
sur 2

Presque
toujours

Nombre
de points de
chaque ligne
de la partie A

2 fois

3 fois

4 fois

\geq 5 fois

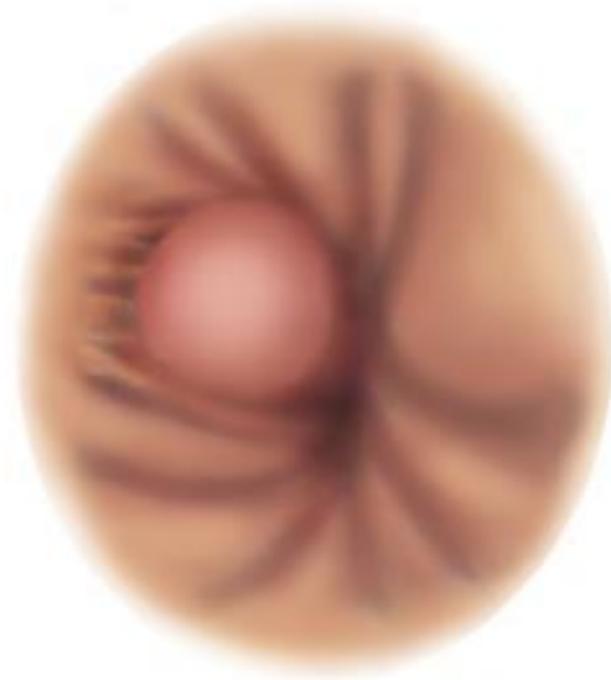
Nombre
de points de
la partie B

TOTAL DES POINTS DES PARTIES A et B (max. 35) = _____

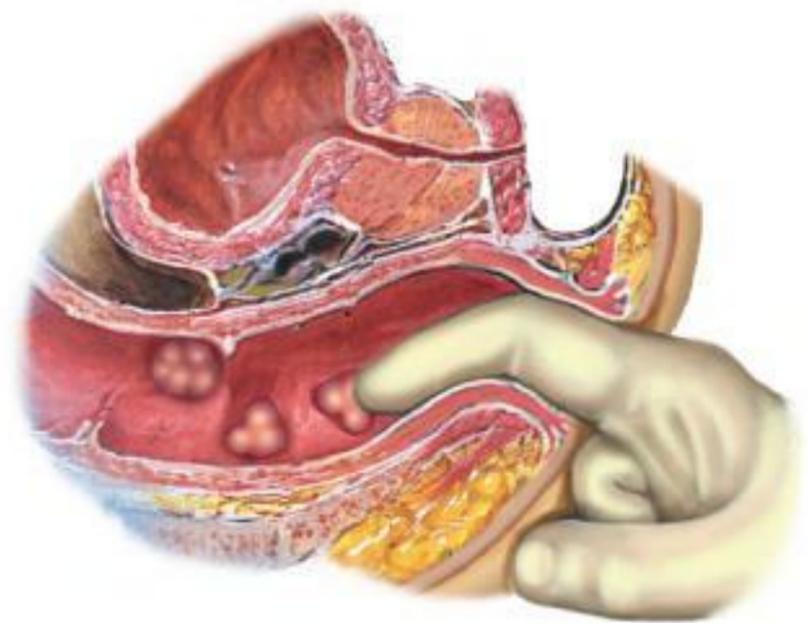
TABLEAU 15-2

Anomalies à l'examen du rectum

Hémorroïdes externes (thrombosées). Veines hémorroïdales dilatées, se formant en dessous de la ligne pectinée, recouvertes de peau ; une masse ovoïde bleutée, gonflée et douloureuse est visible à la marge de l'anüs



Polypes du rectum. Masse molle, pédiculée ou non. Peut ne pas être palpable



Hypertrophie bénigne (adénome) de la prostate. Prostate augmentée de volume, indolore, lisse, ferme mais légèrement élastique. Peut être symptomatique sans hypertrophie palpable

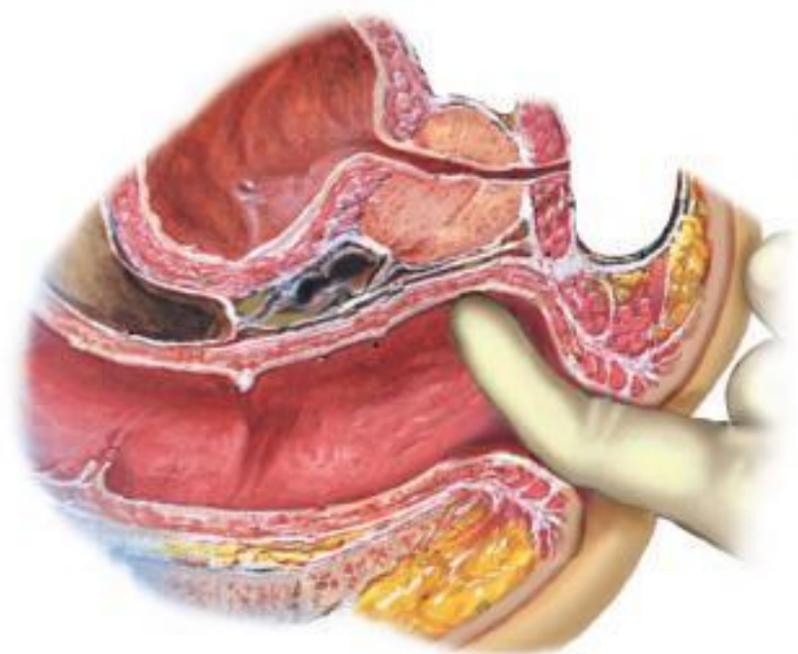
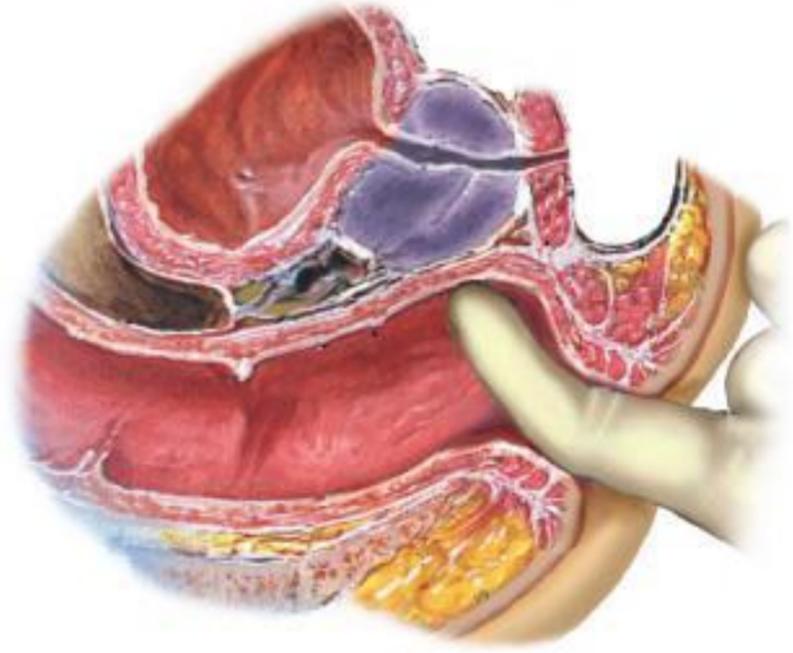


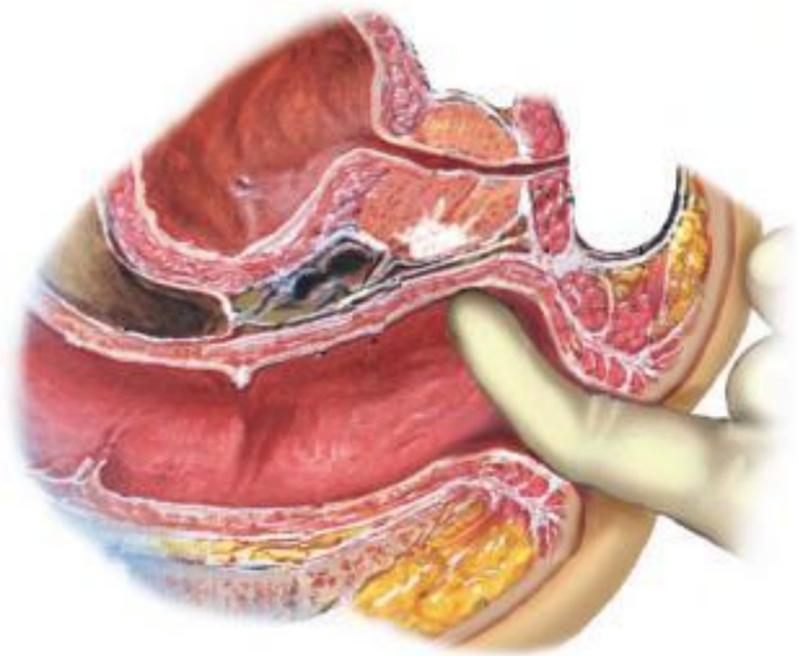
TABLEAU 15-2

Anomalies à l'examen du rectum (*suite*)

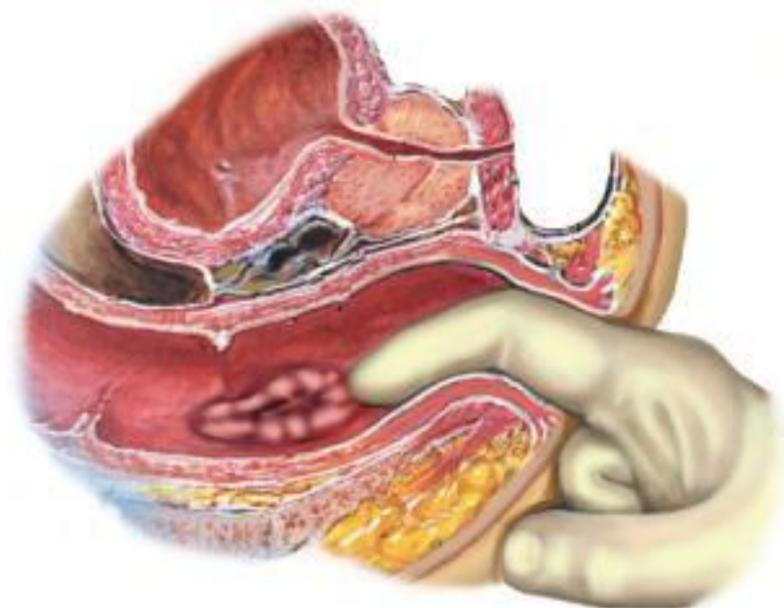
Prostatite aiguë. Prostate très sensible, gonflée et ferme, du fait d'une infection aiguë



Cancer de la prostate. Zone dure dans la prostate, qui peut sembler nodulaire ou pas



Cancer du rectum. Bourrelet nodulaire et ferme d'un cancer ulcéré



Appareil locomoteur

BASES POUR L'ÉVALUATION DES ARTICULATIONS

L'évaluation des articulations nécessite la connaissance de leur structure et de leur fonctionnement. Apprenez l'anatomie et les repères superficiels de toutes les grandes articulations. Familiarisez-vous avec les termes suivants :

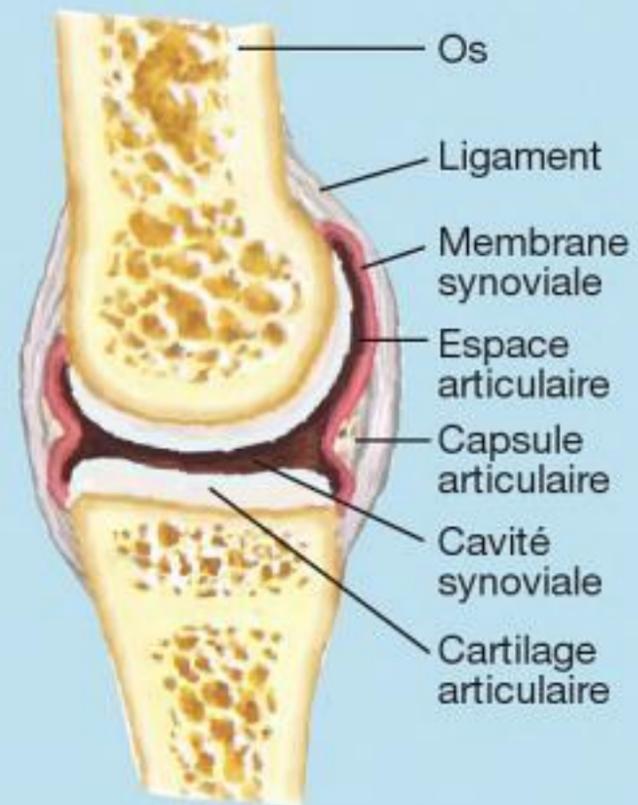
- *structures articulaires* : comprenant la capsule et le cartilage articulaires, la synoviale et le liquide synovial, les ligaments intra-articulaires et les os juxta-articulaires ;
- *structures non articulaires* : comprenant les ligaments, tendons, bourses, muscles, aponévroses, os et nerfs péri-articulaires, et la peau sus-jacente :
 - *ligaments* : faisceaux cordiformes de fibres collagènes qui relie un os à un autre ;
 - *tendons* : fibres collagènes attachant un muscle à un os ;
 - *bourses* : poches de liquide synovial, qui protègent le mouvement des tendons et des muscles sur les os ou d'autres structures articulaires.

Il y a trois grands types d'articulations : synovial, cartilagineux et fibreux, qui permettent des mouvements plus ou moins grands.

Types d'articulations

Articulation synoviale

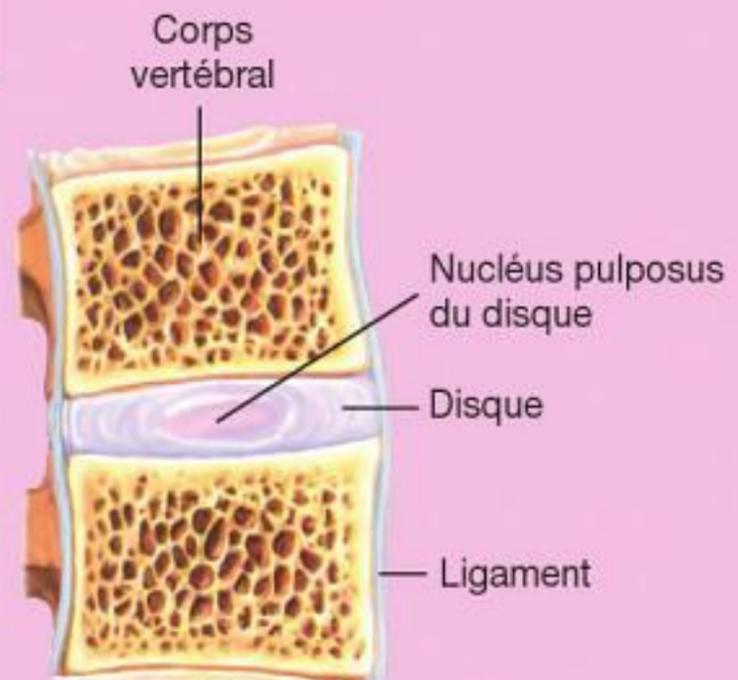
- Librement mobile
- Dont les surfaces osseuses sont séparées par du **cartilage articulaire** et une **cavité synoviale**
- Lubrifiée par du liquide synovial
- Exemples : genou, épaule



SYNOVIALE

Articulation cartilagineuse

- Peu mobile
- Dont les surfaces osseuses sont séparées par un disque fibrocartilagineux
- Ayant en son centre un *nucleus pulposus*, pour amortir le contact osseux
- Exemple : corps vertébraux



CARTILAGINEUSE

Articulation fibreuse

- Sans mobilité notable
- Faite de tissu fibreux ou de cartilage
- Sans cavité articulaire
- Exemple : sutures du crâne



FIBREUSE

Revoyez les différents types d'articulation et leurs caractéristiques.

Notez bien que la structure d'une articulation détermine son fonctionnement.

Articulations synoviales			
Type d'articulation	Forme de l'article	Mouvements	Exemple
Sphéroïde (énarthrose)	Surface convexe dans une cavité concave	Grande amplitude : flexion, extension, abduction, adduction, rotation, circumduction	Épaule, hanche
Pivotante (diarthrose trochoïde)	Aplatie, plane	Mouvement dans un plan ; flexion-extension	Interphalangiennes des doigts et des orteils ; coude
Condylienne	Convexe ou concave	Mouvement des deux surfaces articulaires, non dissociable	Genou, articulation temporomandibulaire

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Lombalgie.
- Douleur cervicale (cervicalgie).
- Douleur monoarticulaire ou polyarticulaire (polyarthralgie).
- Douleur articulaire inflammatoire ou infectieuse.
- Douleur articulaire avec des signes généraux, tels que fièvre, frissons, éruption, anorexie, perte de poids, faiblesse.
- Douleur articulaire avec symptômes extra-articulaires.

Le problème est-il *inflammatoire* ou *pas* ? Y a-t-il une *douleur provoquée*, une *chaleur* et une *rougeur* ?

La douleur est-elle d'origine *articulaire*, avec *gonflement*, *raideur*, et *diminution de l'amplitude des mouvements* ?

Y a-t-il une *limitation des mouvements* ?

Recherchez des *symptômes généraux*, tels que de la fièvre, des frissons, une éruption, une anorexie, une perte de poids ou une faiblesse.

Fièvre, frissons, chaleur, rougeur dans l'*arthrite septique* ; pensez aussi à la *goutte* et au *rhumatisme articulaire aigu*

Douleur, gonflement, perte de mobilité active et passive, « blocage », déformation, dans la *douleur articulaire* ; perte de la mobilité active mais pas passive, douleur provoquée en dehors de l'articulation, absence de déformation, dans la *douleur non articulaire*

Raideur transitoire après une période d'inactivité dans le *rhumatisme dégénératif* ; raideur durable dans la *polyarthrite rhumatoïde*, la *fibromyalgie*, la *pseudopolyarthrite rhizomélique*

Fréquents dans le *rhumatisme articulaire aigu*, le *lupus érythémateux aigu disséminé*, la *pseudopolyarthrite rhizomélique* et d'autres arthrites inflammatoires. Fièvre élevée et frissons suggèrent une cause infectieuse

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Alimentation, exercice physique, poids.
- Dos : soulever une charge et biomécanique du dos.
- Prévention des chutes.
- Ostéoporose : dépistage et prévention.

Alimentation et exercice physique. Dites aux patients qu'un mode de vie sain est directement profitable au squelette. Une bonne alimentation apporte le calcium nécessaire à la minéralisation et à la densité osseuses. L'exercice physique maintient et peut-être augmente la masse osseuse, et il améliore le pronostic et la gestion du stress. Un poids convenable diminue la charge mécanique des articulations supportant le poids du corps, comme les hanches et les genoux.

Lombes. Le « bas du dos » est particulièrement vulnérable, surtout la jonction L5-S1, là où les vertèbres sacrées font un angle postérieur aigu. Environ 60 à 80 % des gens éprouvent des lombalgies au moins une fois dans leur vie. Les exercices visant à renforcer les lombes, notamment en flexion-extension et les exercices de maintien en forme paraissent également efficaces. Une formation portant sur les façons de soulever, les positions et la biomécanique des lésions, est souhaitable chez les infirmières, les conducteurs d'engin et les travailleurs du bâtiment.

Prévention des chutes. Aux États-Unis, les chutes sont la première cause de blessures non mortelles et expliquent la spectaculaire élévation de la mortalité à partir de 65 ans. Les facteurs de risque comprennent l'instabilité de la marche, le déséquilibre postural, la diminution de la force, les déficits cognitifs et la démence, les déficits visuels et proprioceptifs, et l'ostéoporose. Incitez les

patients à remédier à un éclairage insuffisant, un escalier sombre ou trop raide, des sièges trop hauts, des surfaces glissantes ou irrégulières, et des chaussures mal ajustées. Recensez les traitements affectant l'équilibre, notamment les benzodiazépines, les vasodilatateurs et les diurétiques.

Ostéoporose. L'ostéoporose est un problème de santé publique majeur chez les femmes ménopausées et certains hommes. L'Organisation mondiale de la santé définit l'ostéoporose par une *densité osseuse* (DO) inférieure de 2,5 écarts types ou plus à la valeur moyenne chez la femme blanche adulte jeune. Une chute de 10 % de la DO, l'équivalent d'un écart type, est associée à une augmentation de 20 % du risque de fracture.

L'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) recommande de déterminer systématiquement la DO chez les femmes de 65 ans et plus et en présence des facteurs de risque ci-dessous.

FACTEURS DE RISQUE D'OSTÉOPOROSE

- ✓ Postménopause chez les femmes blanches
- ✓ Âge > 50 ans
- ✓ Poids < 70 kg
- ✓ Antécédent familial de fracture chez un parent au premier degré
- ✓ Antécédent personnel de fracture
- ✓ Consommation d'alcool
- ✓ Premières règles tardives ou ménopause précoce
- ✓ Personnes qui continuent à fumer
- ✓ Taux bas de 25-OH-vitamine D3
- ✓ Prise de corticoïdes pendant plus de 2 mois
- ✓ Maladies inflammatoires de l'appareil locomoteur, du poumon ou du tube digestif, y compris la maladie cœliaque, insuffisance rénale chronique, transplantations d'organe, hypogonadisme, anorexie mentale

Source : NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001 ; 285 (6) : 785-95. Raisz LG. Screening for osteoporosis. N Engl J Med 2005 ; 353 (2) : 164-71.

ARTICULATION TEMPOROMANDIBULAIRE (ATM)

Inspectez l'ATM à la recherche d'un gonflement ou d'une rougeur.

Palpez l'ATM tandis que le patient ouvre et ferme la bouche.

Palpez les muscles masticateurs : *masséters, temporaux et ptérygoïdiens*.



ÉPAULES

Inspectez le contour des épaules et des ceintures scapulaires, par l'avant et par l'arrière.

PALPEZ

- la clavicule, de l'articulation sternoclaviculaire à l'articulation acromioclaviculaire
- les bourses sous-acromiale et sous-deltoïdienne, après avoir soulevé le bras vers l'arrière (rétropulsion)

Amyotrophie ; luxation antérieure ou postérieure de la tête humérale ; scoliose si les épaules ne sont pas à la même hauteur

« Marche d'escalier » en cas de fracture traumatique

Bursite sous-acromiale ou sous-deltoïdienne

- rotation externe et interne



TESTE L'ABDUCTION
ET LA ROTATION EXTERNE

- Arthrite de l'épaule

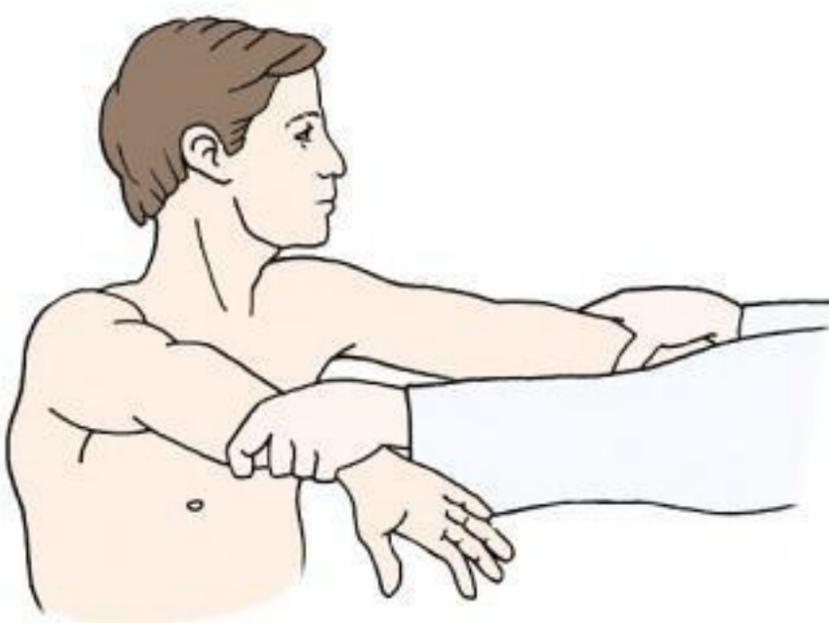


TESTE L'ADDUCTION
ET LA ROTATION INTERNE

Pratiquez des manœuvres pour tester la coiffe des rotateurs, les muscles SITS (supra-épineux, infra-épineux, *teres minor* ou petit rond, sous-scapulaire) et leurs insertions tendineuses :

- force du supra-épineux, par la manœuvre de Jobe

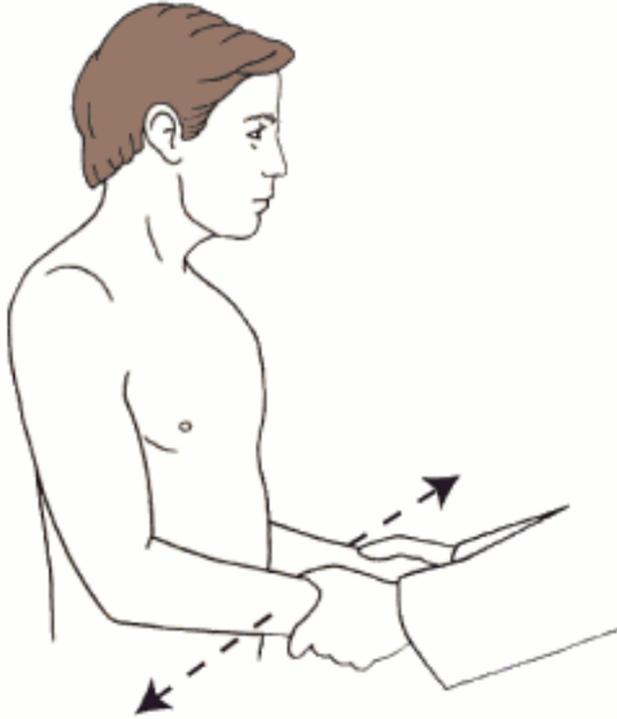
- Faiblesse en cas de déchirure de la coiffe des rotateurs



TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- force de l'infra-épineux



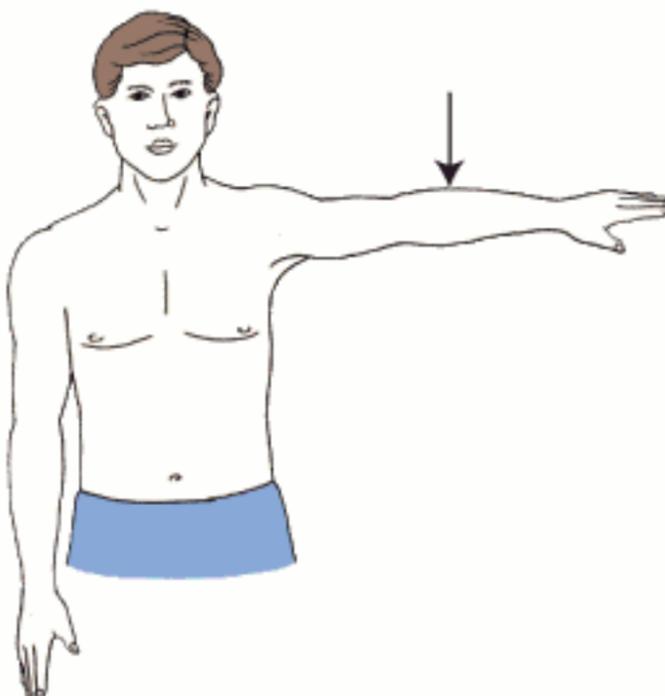
Faiblesse en cas de *déchirure de la coiffe des rotateurs* ou de *tendinite bicipitale*

- supination de l'avant-bras



Douleur en cas de *déchirure de la coiffe des rotateurs*

- signe du « bras tombant »



L'incapacité à maintenir le bras en abduction complète, au niveau de l'épaule, fait suspecter une *déchirure de la coiffe des rotateurs*

COUDES

Inspectez et palpez :

- l'olécrane
- l'épicondyle latéral et l'épicondyle médial (ou épitrochlée)
- la face d'extension de l'ulna (ou cubitus)
- les gouttières entre l'olécrane et les épicondyles

Bursite olécranienne ; luxation postérieure par traumatisme direct, fracture supracondylienne

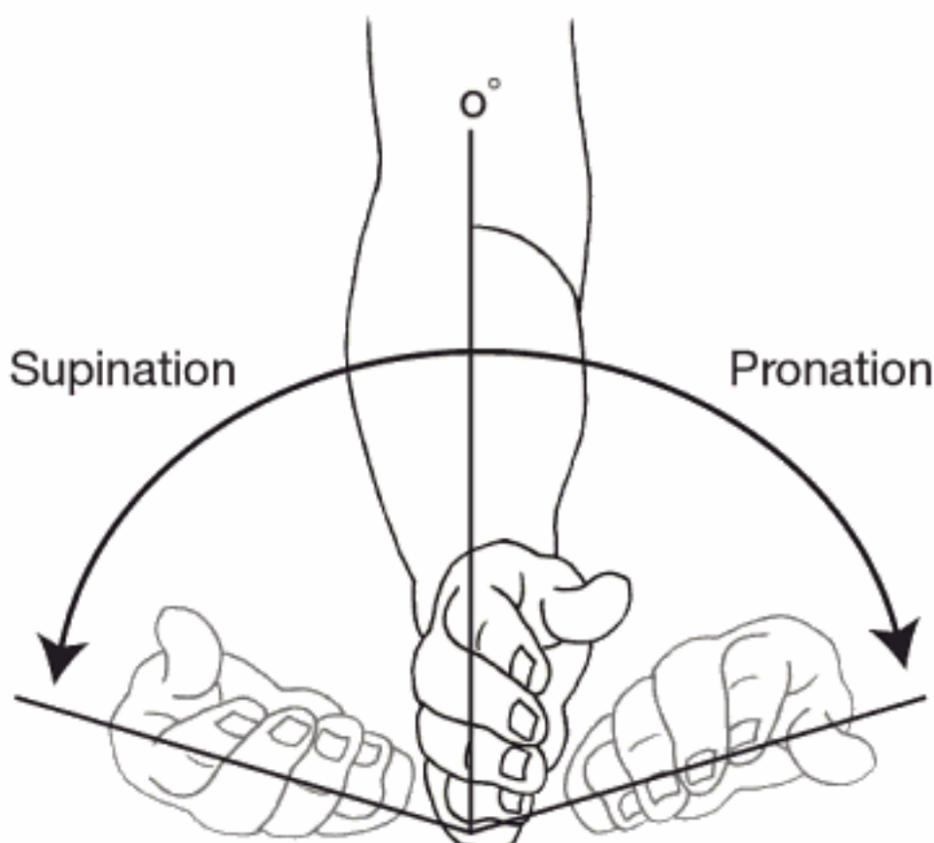
Douleur provoquée en cas d'épicondylite latérale (*tennis elbow*) ou médiale (épitrochléite)

Nodules rhumatoïdes

Sensibilité en cas d'arthrite

Demandez au patient de :

- fléchir et étendre les coudes
- tourner les paumes des mains vers le haut et vers le bas (supination et pronation)



TECHNIQUES D'EXAMEN

- les extrémités distales du radius et de l'ulna
- la tabatière anatomique, une dépression située en dessous de la styloïde radiale, entre les tendons du court extenseur et du long abducteur du pouce



- les articulations métacarpo-phalangiennes

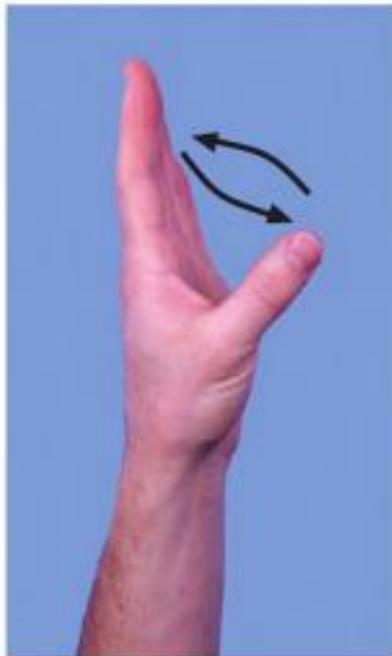


CONSTATATIONS POSSIBLES

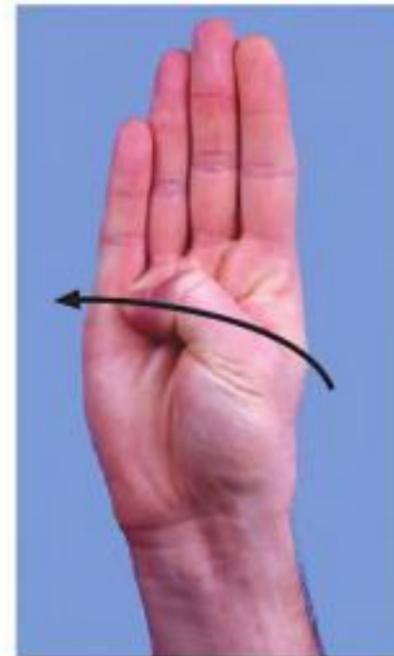
Douleur provoquée sur la styloïde ulnaire dans la *fracture de Pouteau-Colles*

Une douleur provoquée suggère une *fracture du scaphoïde*.
Sensibilité des tendons dans la *ténosynovite de De Quervain*

Gonflement dans la *polyarthrite rhumatoïde*



ABDUCTION
ET ADDUCTION



OPPOSITION

Effectuez des manœuvres spéciales :

- force de la préhension

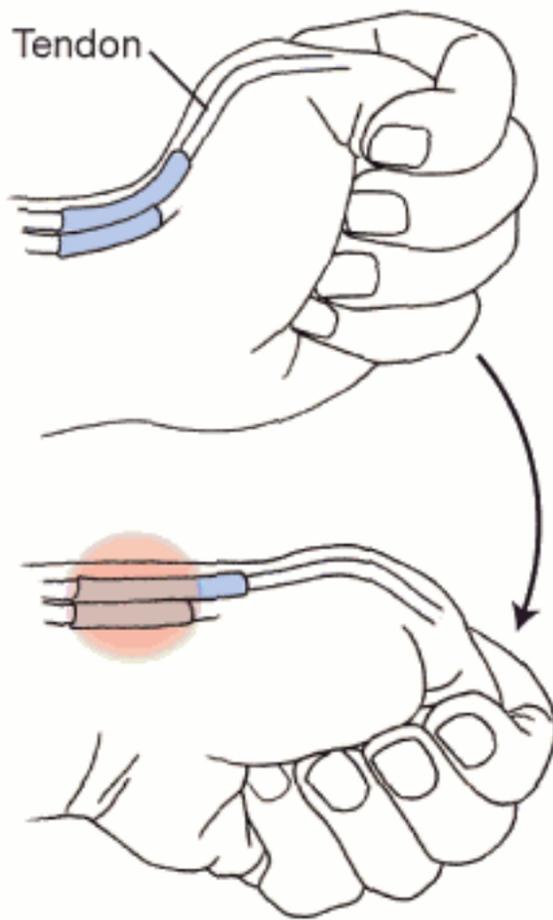
Force de préhension diminuée
en cas de faiblesse des
fléchisseurs des doigts ou des
muscles intrinsèques de la main



TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

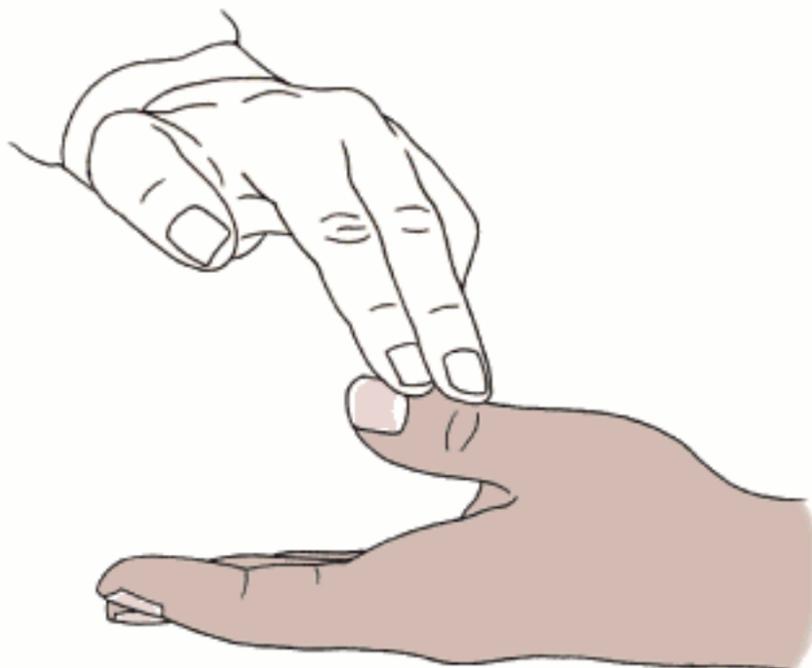
■ mouvements du pouce



Douleur dans la ténosynovite de De Quervain

■ canal carpien

■ abduction du pouce



Faiblesse du long abducteur du pouce, qui est spécifique du nerf médian

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

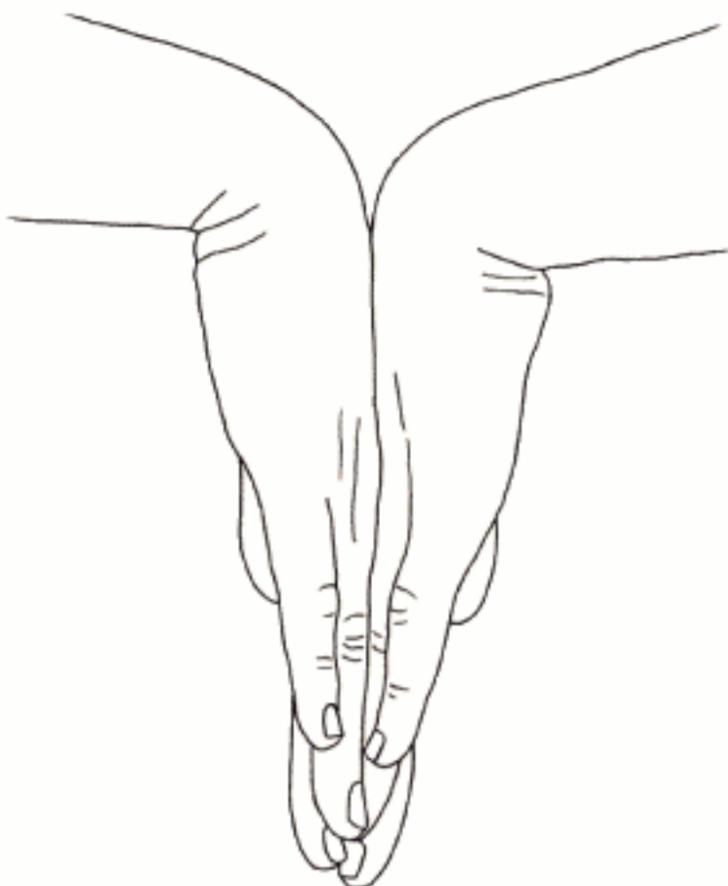
- signe de Tinel : tapotez sur le trajet du nerf médian dans le canal carpien

Douleur, fourmillements et engourdissement des 2^e, 3^e, et 4^e doigts



- signe de Phalen : demandez au patient de fléchir les poignets pendant 60 secondes

Douleur, fourmillements et engourdissement de la face palmaire des 2^e, 3^e, et 4^e doigts



TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

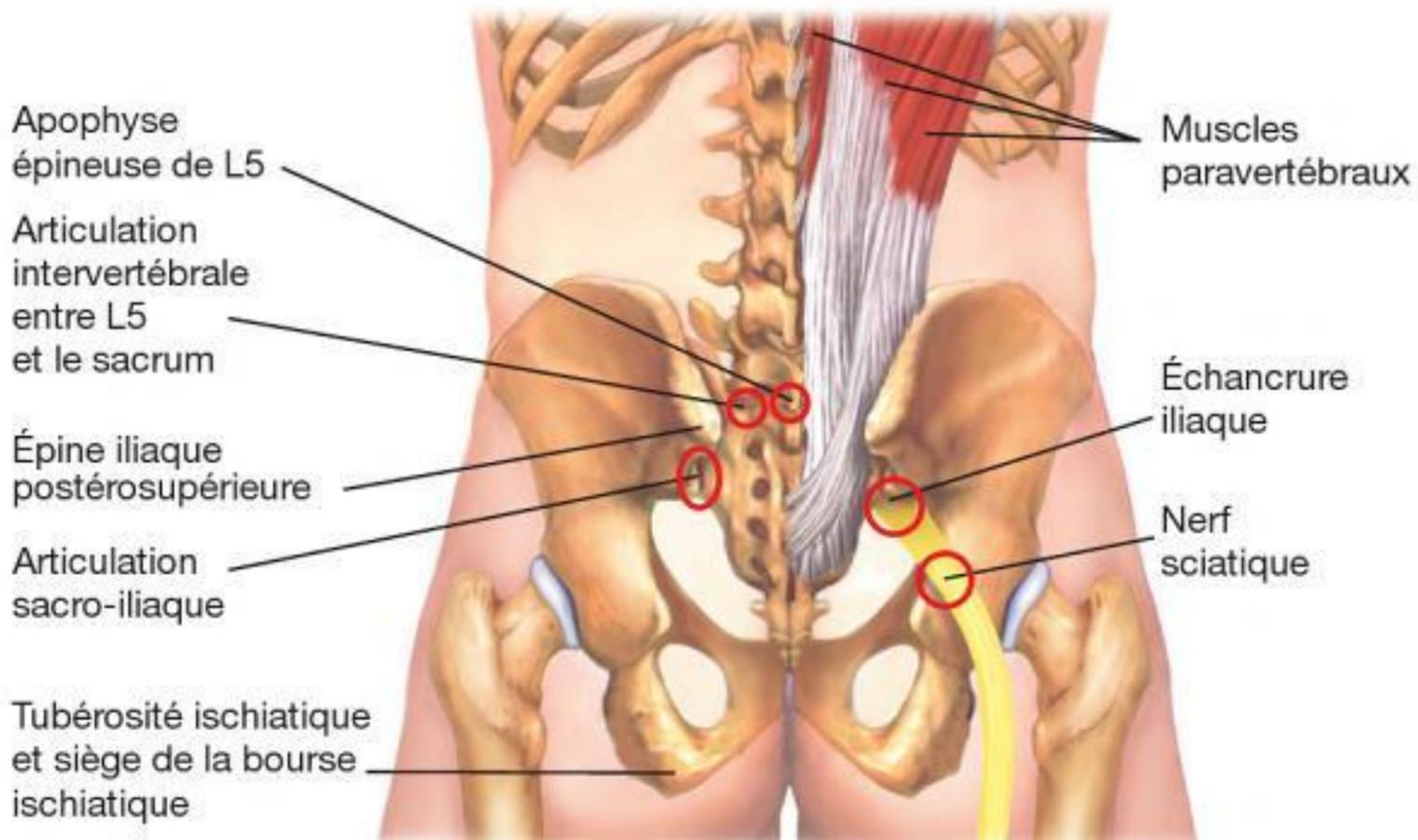
RACHIS

Inspectez le rachis, par le côté et l'arrière, et notez toute courbure anormale.

Recherchez une inégalité de hauteur des épaules ou des crêtes iliaques, une asymétrie des fesses.

Cyphose, scoliose, lordose, gibbosité ; recensez les courbures

Bascule du bassin

**Identifiez et palpez :**

- les apophyses épineuses de chaque vertèbre
- les articulations sacro-iliaques
- les muscles paravertébraux, s'ils sont douloureux

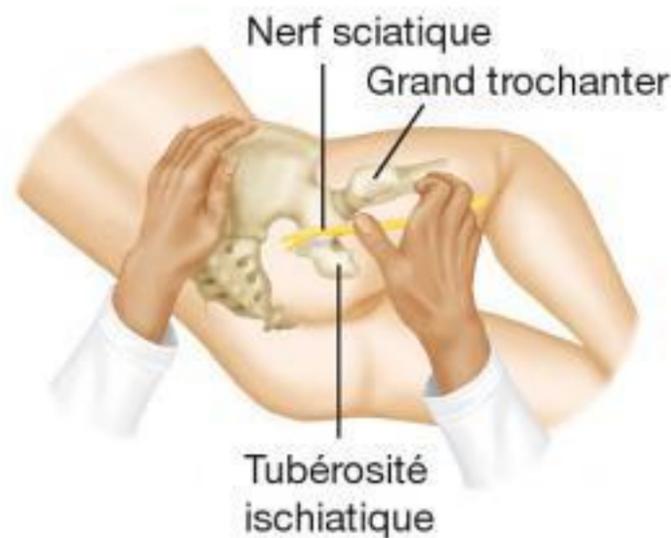
Douleur provoquée en cas de traumatisme, infection
« Marche d'escalier » dans le spondylolisthésis, une fracture

Sacro-iléite

Contracture des muscles paravertébraux en cas de position anormale, de processus musculaire inflammatoire ou dégénératif

- le nerf sciatique (à mi-distance du grand trochanter et de la tubérosité ischiatique)

Hernie discale ou compression d'une racine nerveuse



Testez l'amplitude des mouvements du cou et du rachis : flexion-extension, rotation, et inclinaison latérale.

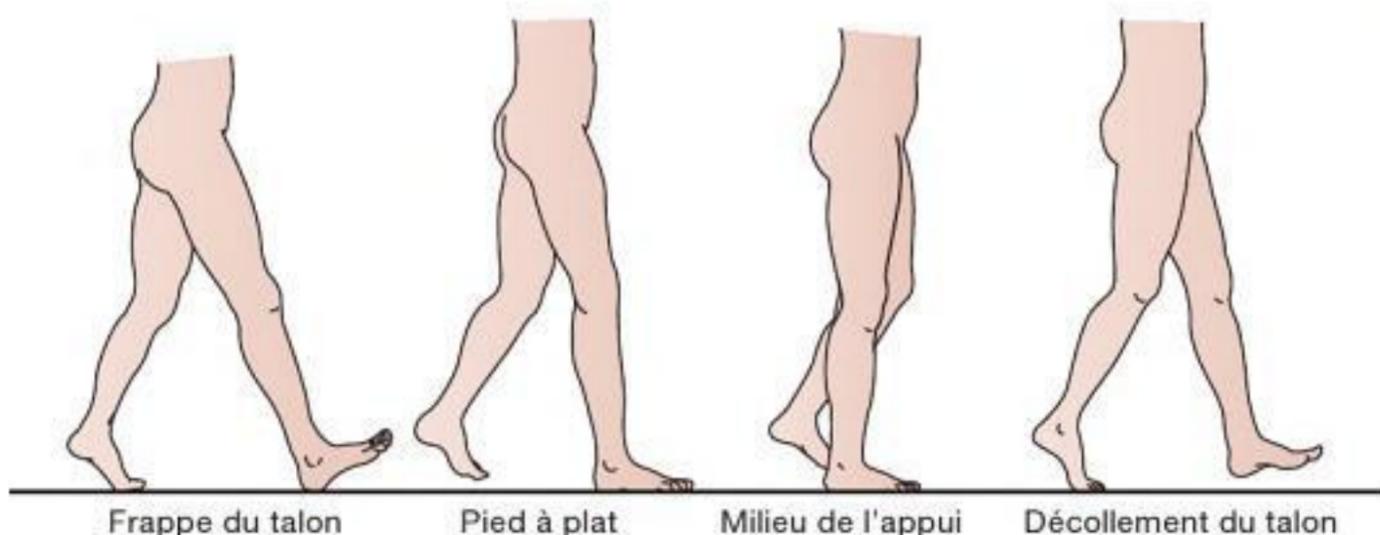
Mobilité diminuée en cas d'arthrite

HANCHES

Observez la démarche :

- *l'appui* (voir ci-dessous) et le *balancement* (le pied part en avant, ne supporte pas le poids du corps)

La plupart des problèmes se manifestent pendant la phase d'appui, où le poids du corps est supporté



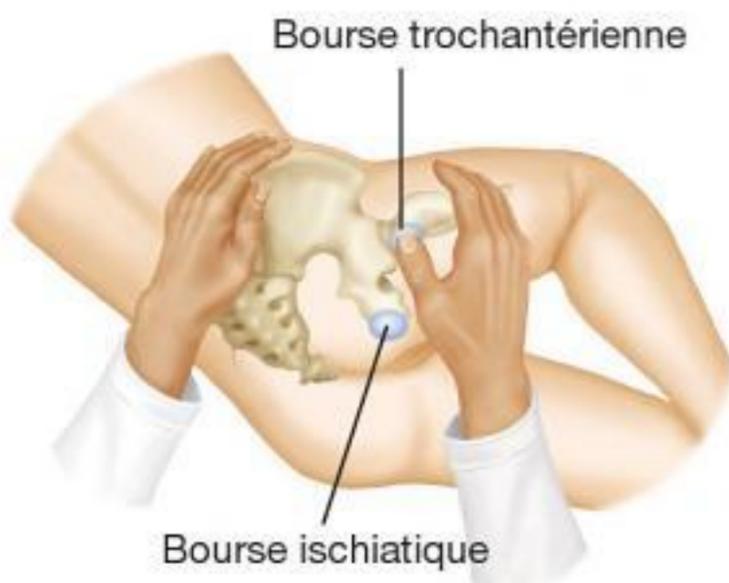
PHASES DE LA MARCHÉ : APPUI (membre inférieur droit) ET BALANCEMENT (membre inférieur gauche)

TECHNIQUES D'EXAMEN

- *la largeur de la base* (habituellement de 5 à 10 cm de talon à talon), la déviation du bassin, la flexion des genoux

Palpez :

- le long de l'arcade crurale
- la *bourse iliopectinée*, en dehors du pouls fémoral
- la *bourse trochantérienne*, sur le grand trochanter du fémur
- la *bourse ischiatique*, sur la tubérosité ischiatique



BOURSES TROCHANTÉRIENNE ET ISCHIATIQUE

CONSTATATIONS POSSIBLES

Base élargie en cas de maladie cérébelleuse ou d'anomalies des pieds ; déviation anormale du bassin dans une arthrite, une luxation de la hanche, une faiblesse des abducteurs ; démarche désunie en cas de défaut de flexion des genoux

Bombements en cas de hernie inguinale, anévrisme

Douleur dans la synovite, la bursite, l'abcès du psoas iliaque

Douleur localisée dans la *bursite trochantérienne*, souvent décrite par les patients comme « une douleur du bas du dos »

Douleur dans la bursite ischiatique

Inspectez et palpez :

L'articulation tibiofémorale, avec les genoux fléchis :

- l'interligne articulaire, en plaçant les pouces de chaque côté du tendon rotulien
- le ménisque interne et le ménisque externe
- le ligament latéral interne (LLI) et le ligament latéral externe (LLE)

Le compartiment fémoropatellaire :

- inspectez la rotule
- palpez le tendon rotulien et demandez au patient d'étendre le membre inférieur (MI)
- repoussez la rotule sur le fémur sous-jacent
- poussez la rotule vers le bas et demandez au patient de raidir son genou sur la table

Examinez aussi :

- le cul-de-sac sous-quadriceps (ou suprarotulien)

Crêtes osseuses irrégulières dans l'arthrose

Douleur provoquée en cas de déchirure méniscale

Douleur provoquée en cas de déchirure du LLI (les lésions du LLE sont plus rares)

Gonflement devant la rotule dans la bursite prérotulienne (« hygroma prérotulien »)

Douleur ou incapacité d'étendre le MI en cas de déchirure partielle ou complète du tendon rotulien

Douleur, crépitation et antécédent de genou douloureux dans le *syndrome fémoropatellaire*

Douleur pendant la contraction du quadriceps dans la *chondromalacie*

Gonflement dans la synovite et l'arthrite

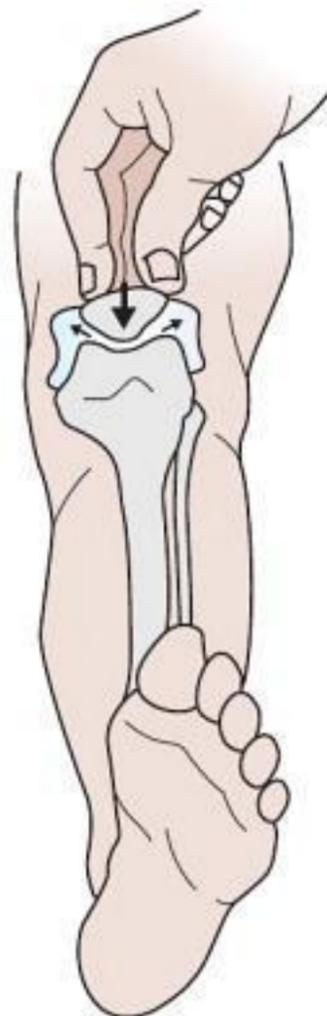
- le *signe du ballon*, pour les épanchements très abondants : comprimez d'une main le cul-de-sac suprarotulien et, avec le pouce et l'index de l'autre main, percevez le liquide qui pénètre dans les espaces périrotuliens

Une onde liquidienne palpable est un signe positif



- le *ballotement de la rotule*, pour les épanchements abondants : poussez brusquement la rotule contre le fémur, et cherchez à voir si du liquide regagne le cul-de-sac suprarotulien

Une onde liquidienne visible est un signe positif



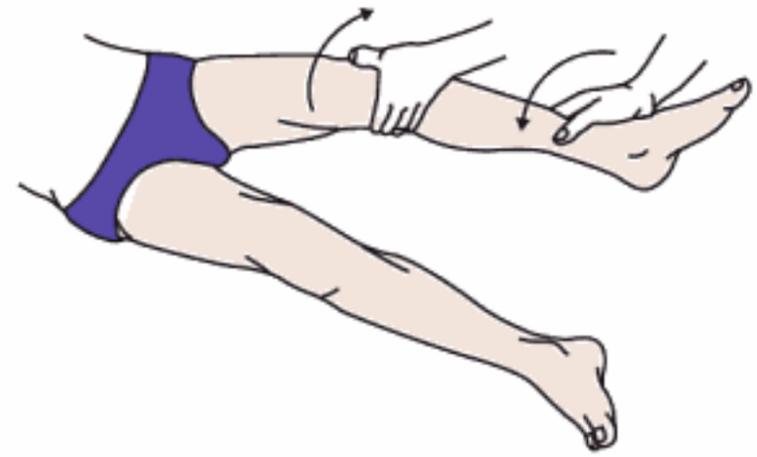
TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Si le genou est douloureux ou instable, faites des manœuvres pour explorer les ligaments et les ménisques :

- *ligament latéral externe (LLE)* : le genou étant légèrement fléchi, poussez le genou en dehors, par sa face interne, avec une main, et tirez la cheville en dedans avec l'autre main (*test de l'adduction forcée*)

Une douleur et un bâillement de l'interligne articulaire en dehors indiquent une déchirure partielle ou complète du LLE



- *ligament croisé antérieur (LCA)* :

1) le genou étant fléchi, placez les pouces sur les parties internes et externes de l'interligne articulaire, et les doigts sur les insertions des muscles ischiojambiers. Tirez le tibia vers l'avant et observez s'il glisse en avant « comme un tiroir ». Comparez au genou opposé

Si l'extrémité supérieure du tibia glisse en avant, on dit que le *signe du tiroir antérieur* est positif, ce qui évoque une laxité ou une déchirure du LCA



TECHNIQUES D'EXAMEN

- les ligaments de la cheville : deltoïdien en dedans, latéral externe en dehors, avec ses trois faisceaux : talofibulaires antérieur et postérieur et calcanéofibulaire
- le tendon d'Achille

Comprimez les articulations métatarsophalangiennes ; puis **palpez** chaque articulation entre le pouce et l'index.



Évaluez l'amplitude des mouvements :

- mettez la cheville en dorsiflexion et en flexion plantaire (*articulation tibiotalaire, ou tibioastragalienne*)

CONSTATATIONS POSSIBLES

Douleur provoquée dans une entorse : ligaments externes plus faibles, traumatismes en inversion (la cheville est tordue en dedans) plus fréquents

Nodules rhumatoïdes, douleur dans la tendinite achilléenne

Douleur provoquée dans l'arthrite et d'autres affections



Arthrite, souvent douloureuse dans toutes les directions du mouvement ; entorse, douloureuse quand le ligament abîmé est étiré

TECHNIQUES D'EXAMEN

- stabilisez la cheville et mettez le talon en inversion et en éversion (*articulation astragalocalcanéenne* ou *sous-talaire*)



INVERSION



ÉVERSION

- stabilisez le talon et mettez l'avant-pied en inversion et éversion (*articulation transverse du tarse*)



INVERSION



ÉVERSION

CONSTATATIONS POSSIBLES

Entorse de la cheville

Traumatisme, arthrite

- fléchissez les orteils aux articulations métatarsophalangiennes

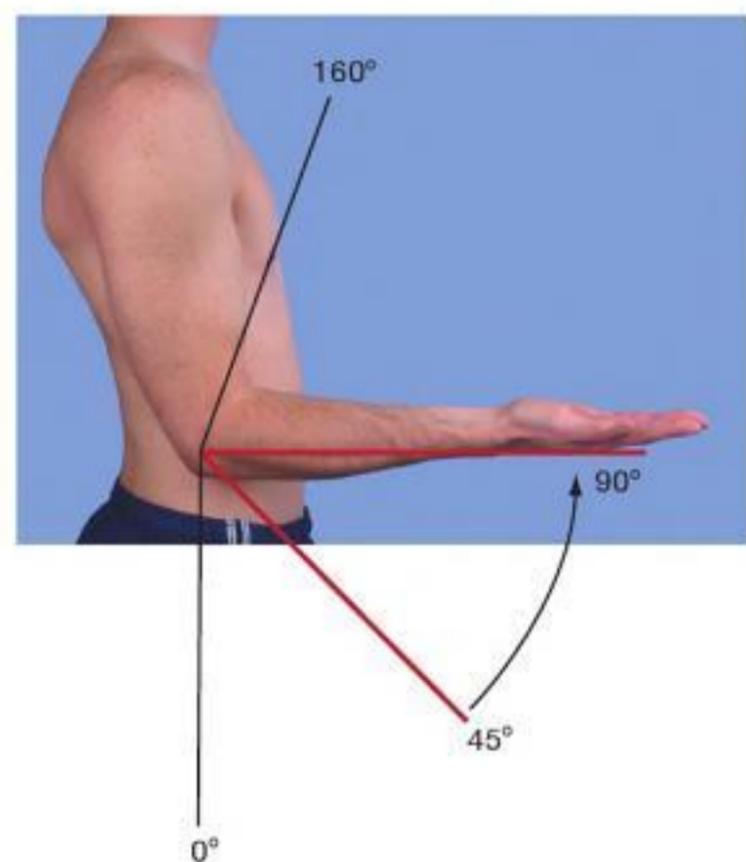
→ TECHNIQUES SPÉCIALES

○ — **Mesure de la longueur des MI.** Les MI du patient doivent être alignés symétriquement. Avec un ruban métrique, mesurez la distance séparant l'épine iliaque antérosupérieure de la malléole interne. Le ruban doit croiser le genou de haut en bas et de dehors en dedans.

○/○ — **Mesure de l'amplitude des mouvements.** Pour mesurer l'amplitude des mouvements avec précision, un goniomètre de poche est nécessaire. Des estimations peuvent être faites visuellement. Le mouvement du coude de la photo de droite est restreint à l'angle délimité par les deux traits rouges.

Une inégalité de longueur des MI peut être la cause d'une *scoliose*

Limitation de l'extension à 45°, et de la flexion à 90° (45° à 90°)



AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 16-1

Lombalgies (douleurs du « bas du dos »)

Types

Lombalgie mécanique

Douleur pénible de la région lombosacrée, qui peut irradier dans les membres inférieurs, dans les dermatomes de L5 ou S1. En général aiguë, liée à l'activité professionnelle, dans la tranche d'âge de 30-50 ans ; pas de pathologie sous-jacente

Sciatique (douleur radiculaire lombaire)

En général par hernie discale ; plus rarement par compression d'une racine nerveuse, tumeur primitive ou métastatique

Sténose du canal lombaire (canal lombaire étroit)

La pseudo-claudication intermittente est une douleur du dos et des membres inférieurs, améliorée par le repos et l'antéflexion lombaire

Signes physiques

Douleurs des muscles paravertébraux et des apophyses articulaires ; contractures musculaires, ou douleur lors des mouvements du dos ; disparition de la lordose lombaire normale, mais pas de déficit sensitif ou moteur ni d'anomalies des réflexes. Dans l'ostéoporose, recherche une cyphose thoracique, une douleur à la percussion d'une apophyse épineuse, ou des fractures du rachis thoracique ou du bassin

Hernie discale très probable s'il existe une amyotrophie du mollet, une faiblesse de la dorsiflexion de la cheville, une abolition du réflexe achilléen, un signe de Lasègue croisé (une douleur dans le MI touché quand le MI sain est élevé). L'absence de signe de Lasègue rend le diagnostic hautement improbable

Le patient peut avoir une attitude penchée en avant, avec faiblesse et hyporéflexivité des MI. Il n'y a pas de signe de Lasègue



TABLEAU 16-2

Douleurs cervicales (ou cervicalgies)

Types

Douleur cervicale mécanique

Douleur pénible dans les muscles paravertébraux et les ligaments de la nuque, avec contracture musculaire, associée à une raideur et une limitation des mouvements de la partie haute du dos et de l'épaule, pouvant durer jusqu'à 6 semaines. Pas d'irradiation de la douleur, de paresthésies ni de faiblesse musculaire. Il peut exister des céphalées

Douleur cervicale mécanique, après un « coup du lapin »

Une variété de cervicalgie mécanique, avec douleur et raideur du cou, qui débute souvent le lendemain d'un traumatisme. Il peut exister des céphalées occipitales, des vertiges, un malaise et une fatigue. « *Whiplash* » chronique si les symptômes durent plus de 6 mois (20 à 40 % des cas)

Névralgie cervicobrachiale, par compression d'une racine nerveuse

Douleur vive à type de brûlure ou de picotements dans la nuque et un membre supérieur, qui est le siège de paresthésies et d'une faiblesse musculaire. Les troubles sensitifs intéressent plus souvent un myotome qu'un dermatome

Signes physiques

Douleurs des muscles locaux, douleurs au mouvement. Pas de déficits neurologiques. Possibilité de « points sensibles » dans la *fibromyalgie*. *Torticolis* en cas de position anormale du cou et de contracture musculaire

Douleur de la nuque, limitation de la mobilité du cou, faiblesse musculaire aux membres supérieurs. Des causes de compression de la moelle cervicale, telles qu'une fracture, une hernie discale, un traumatisme crânien, et des troubles de la conscience, sont exclues

Les racines le plus souvent atteintes sont celles de C7 (45-60 %), avec une faiblesse du triceps et des fléchisseurs et des extenseurs des doigts, et de C6, avec une faiblesse du biceps, du brachioradial et des extenseurs du poignet



TABLEAU 16-2

Douleurs cervicales (ou cervicalgies) (suite)

Types

Myélopathie cervico-arthrosique, par compression de la moelle cervicale

Douleur de la nuque avec une faiblesse musculaire et des paresthésies bilatérales, touchant les membres supérieurs et inférieurs, et souvent une pollakiurie. Les troubles peuvent être frustes : maladresse manuelle, paresthésies palmaires, troubles de la démarche. La flexion du cou exacerbe souvent les symptômes

Signes physiques

Syndrome pyramidal : hyperréflexivité, clonus du poignet, du genou et de la cheville, signe de Babinski, difficultés à la marche. On peut aussi voir un *signe de Lhermitte* : la flexion du cou provoque une décharge électrique tout le long du rachis. Un diagnostic de myélopathie par arthrose cervicale justifie l'immobilisation du cou et un bilan neurochirurgical

TABLEAU 16-3

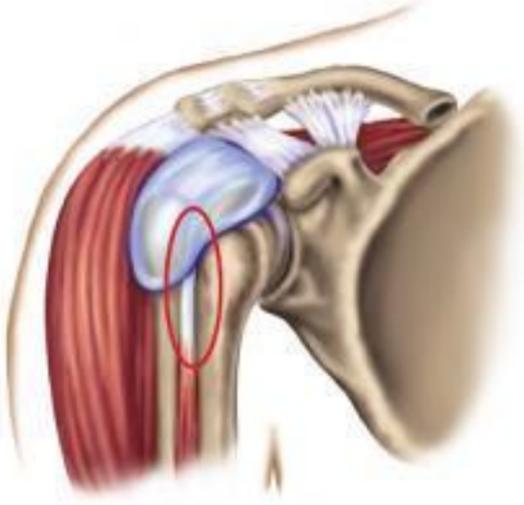
Types de douleurs articulaires et péri-articulaires (*suite*)

	Polyarthrite rhumatoïde	Arthrose (ou rhumatisme dégénératif)
Symptômes associés	<p>Gonflement fréquent de la synoviale des articulations ou des gaines tendineuses ; également nodules sous-cutanés</p> <p>Douleur, souvent chaleur, rarement rougeur</p> <p>Raideur, prédominant souvent le matin, pendant 1 heure ou plus, et après les périodes d'inactivité</p> <p>Limitation des mouvements fréquente</p> <p>Faiblesse, fatigue, perte de poids et fébricule</p>	<p>De petits épanchements peuvent être présents, notamment dans les genoux ; également, élargissement des os</p> <p>Douleur possible ; chaleur et rougeur exceptionnelles</p> <p>Raideur fréquente mais brève (habituellement 5 à 10 min), le matin et après l'inactivité</p> <p>Une limitation des mouvements apparaît souvent</p>

TABLEAU 16-4

Épaules douloureuses (*suite*)

Tendinite du biceps



Une douleur sur le long chef du biceps, quand on fait rouler celui-ci dans la gouttière bicipitale ou quand le membre fléchi est mis en supination contre une résistance, évoque une *tendinite du biceps*

TABLEAU 16-5

Genoux douloureux



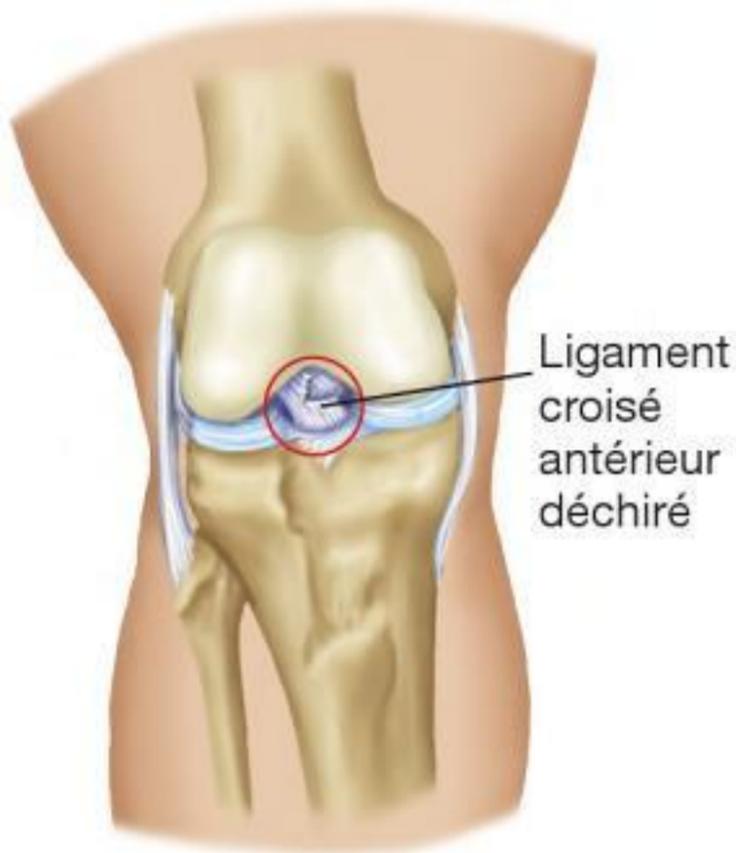
Arthrite. *L'arthrite dégénérative (arthrose)* survient habituellement après 50 ans et est associée à l'obésité. Souvent, douleur provoquée à la partie interne de l'interligne articulaire, ostéophytes palpables, *genu varum*, petit épanchement. Dans l'*arthrite rhumatoïde*, signes généraux, gonflement et nodules sous-cutanés



TABLEAU 16-5

Genoux douloureux (*suite*)

Déchirure méniscale. Souvent due à une torsion du genou ; peut être dégénérative chez les sujets âgés. Les patients rapportent souvent un click ou un blocage articulaires. Recherchez une douleur le long de l'interligne articulaire, sur le ménisque interne ou externe, et un épanchement. Peut s'accompagner de déchirures du ligament latéral interne ou du ligament croisé antérieur



Déchirure ou entorse du ligament croisé antérieur. Après une torsion du genou, souvent avec bruit intra-articulaire, un gonflement immédiat, une douleur à la flexion-extension, des difficultés à marcher, et une impression de genou « qui se dérobe ». Recherchez le signe du tiroir antérieur, une hémarthrose et des lésions associées du ménisque interne ou du ligament latéral interne. Demandez un avis à un chirurgien orthopédique



Systeme nerveux

BASES POUR ÉVALUER LE SYSTÈME NERVEUX

Le *système nerveux central (SNC)* comprend le cerveau et la moelle épinière. Le *système nerveux périphérique* comprend les 12 paires de nerfs crâniens, les nerfs rachidiens et les nerfs périphériques. La plupart des nerfs périphériques contiennent des fibres motrices et sensibles.

→ Système nerveux central

CERVEAU

- *Substance grise* : agrégats de neurones ; recouvre la surface des hémisphères, formant le cortex cérébral.
- *Substance blanche* : axones revêtus de myéline, qui accélère les influx nerveux.
- *Noyaux de la base (basal ganglia des Anglo-Saxons)* : noyaux gris centraux à l'exception du thalamus, qui influent sur les mouvements.
- *Thalamus* : traite et transmet les influx sensitifs en direction du cortex cérébral.
- *Hypothalamus* : maintient l'homéostasie et régule la température, la fréquence cardiaque et la pression artérielle ; influe sur les glandes endocrines et régit les comportements émotionnels,

tels que la colère et la sexualité ; contient des hormones qui agissent directement sur l'hypophyse.

- *Tronc cérébral* : relie la partie supérieure du cerveau à la moelle épinière et comprend trois parties, mésencéphale, protubérance annulaire et bulbe rachidien.
- *Formation réticulée activatrice* : dans le diencéphale et la partie haute du tronc cérébral ; son activation est liée à la conscience.
- *Cervelet* : à la base du cerveau, coordonne tous les mouvements et concourt au maintien de l'équilibre.

MOELLE ÉPINIÈRE

- Une masse cylindrique de tissu nerveux enfermé dans la colonne vertébrale, allant du bulbe rachidien à la première ou deuxième vertèbre lombaire.
- Contient des voies nerveuses motrices et sensibles importantes, qui sortent de la moelle ou y entrent par les racines antérieures et postérieures et le tronc des nerfs rachidiens et par les nerfs périphériques.
- Intervient dans la réflexivité ostéotendineuse (réflexes médullaires ou ostéotendineux).
- Divisée en cinq segments : cervical (C1-8), thoracique (T1-12), lombaire (L1-5), sacré (S1-5) et coccygien.
- Les dernières racines se dispersent en éventail au niveau de L1-2, formant la *queue de cheval*.

→ Système nerveux périphérique

NERFS CRÂNIENS

- Les nerfs crâniens (NC) III à XII émergent du diencéphale et du tronc cérébral.
- Les NC I et II sont en réalité des faisceaux d'axones issus du cerveau.

Demandez si la céphalée est influencée par la toux, les éternuements ou les mouvements brusques de la tête.

Étourdissements : ils peuvent avoir plusieurs significations. Le patient a-t-il une sensation de « tête vide » ou d'évanouissement ? Ou est-ce un vrai *vertige*, perception que la chambre pivote ou tourne autour de soi ?

Y a-t-il des traitements qui entraînent des étourdissements ? Est-ce qu'il existe des symptômes associés tels qu'une vision double (*diplopie*), une difficulté à prononcer les mots (*dysarthrie*) ou des troubles de la démarche et de l'équilibre (*ataxie*) ? Y a-t-il une *faiblesse* associée ?

Faiblesse : distinguez la *faiblesse proximale* et *distale*. Pour la *faiblesse proximale*, recherchez des difficultés à se peigner, à atteindre des objets posés sur une étagère élevée, à se lever d'une chaise, ou à gravir une marche haute. Pour la *faiblesse distale*, renseignez-vous sur les mouvements des mains, tels que l'ouverture d'une boîte ou d'un bocal, l'utilisation d'outils

Céphalée sourde, influencée par des manœuvres, surtout au réveil, toujours au même endroit, dans les processus expansifs intracrâniens, tels que les tumeurs cérébrales

« Tête vide » dans les palpitations ; « presque syncope » (ou *lipothymie*) par stimulation vasovagale, hypotension artérielle, maladie fébrile, etc. ; vertiges dans les affections de l'oreille moyenne, les tumeurs du tronc cérébral

Diplopie, dysarthrie, ataxie dans les *accidents ischémiques transitoires (AIT)* ou les *accidents vasculaires cérébraux (AVC)* du territoire vertébrobasilaire

Faiblesse ou paralysie dans les *AIT* et les *AVC*

Faiblesse proximale bilatérale dans une *myopathie* ; à prédominance distale, bilatérale, dans une *polyneuropathie* (ou *polynévrite*) ; faiblesse aggravée par les efforts répétés et améliorée par le repos dans la *myasthénie*

TECHNIQUES D'EXAMEN

Nerfs crâniens, avec leurs fonctions

N°	Nom (ancien nom)	Fonction
I	Olfactif	Odorat
II	Optique	Vision
III	Oculomoteur (moteur oculaire commun)	Constriction pupillaire, ouverture de l'œil et la plupart des mouvements du globe oculaire
IV	Trochléaire (pathétique)	Abaissement et rotation interne de l'œil
V	Trijumeau	<p><i>Moteur</i> : muscles temporaux et masséters (fermeture de la mâchoire), également ptérygoïdiens externes (mouvements de latéralité de la mâchoire)</p> <p><i>Sensitif</i> : face. Le nerf se divise en trois branches : 1) ophtalmique, 2) maxillaire, et 3) mandibulaire</p>
VI	Abducens (moteur oculaire externe)	Déviations externe de l'œil
VII	Facial	<p><i>Moteur</i> : mouvements de la face, à savoir mimique, fermeture des yeux et fermeture de la bouche</p> <p><i>Sensoriel</i> : goût (salé, sucré, aigre et amer) sur les deux tiers antérieurs de la langue</p>
VIII	Acoustique (auditif)	Audition (branche cochléaire) et équilibre (branche vestibulaire)
IX	Glossopharyngien	<p><i>Moteur</i> : pharynx</p> <p><i>Sensitif et sensoriel</i> : parties postérieures du tympan et du conduit auditif externe, pharynx et partie postérieure de la langue pour le goût (salé, sucré, aigre et amer) →</p>

Nerfs crâniens, avec leurs fonctions (suite)

N°	Nom (ancien nom)	Fonction
X	Vague (pneumogastrique)	<i>Moteur</i> : palais, pharynx et larynx <i>Sensitif</i> : pharynx et larynx
XI	Spinal accessoire (spinal)	<i>Moteur</i> : sternocléidomastoïdien et partie supérieure du trapèze
XII	Hypoglosse (grand hypoglosse)	<i>Moteur</i> : langue

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

NERFS CRÂNIENS
NC I (OLFACTIF)

Testez l'odorat des deux côtés.

Perte de l'odorat dans les lésions du lobe frontal

NC II (OPTIQUE)

Évaluez l'acuité visuelle.

Cécité

Contrôlez les champs visuels.

Hémianopsie

Examinez les papilles optiques.

Œdème papillaire, atrophie optique

NC II, III (OPTIQUE + OCULOMOTEUR)

Testez les réponses pupillaires à la lumière (réflexe photomoteur). Si elles sont anormales, testez l'accommodation.

Cécité, paralysie du NC III, pupilles toniques ; syndrome de Claude Bernard-Horner, pouvant perturber le réflexe photomoteur

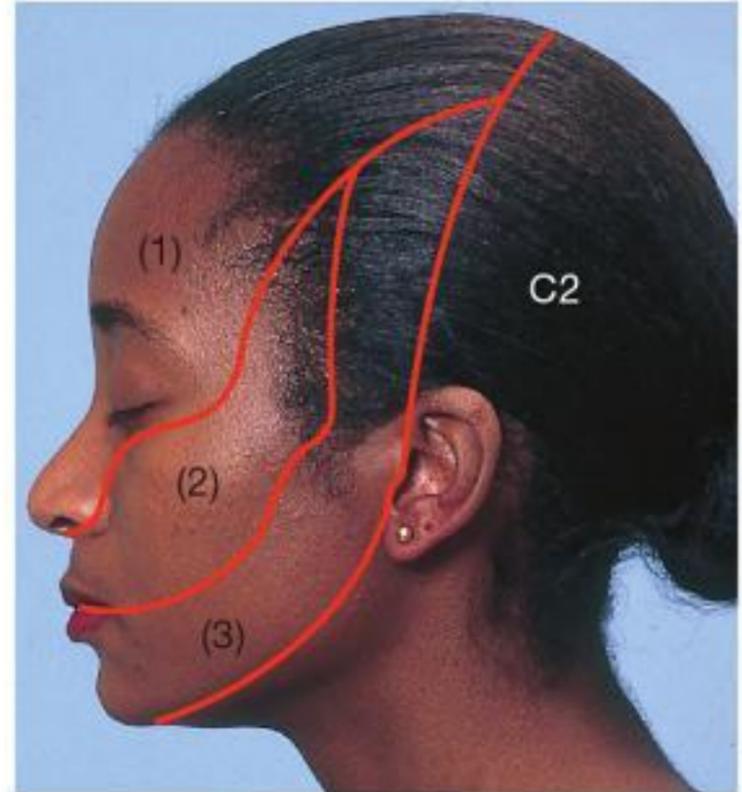
NC III, IV, VI (OCULOMOTEUR + TROCHLÉAIRE + ABDUCENS)

Évaluez la motricité extrinsèque de l'œil.

Strabisme par paralysie du NC III, IV ou VI ; nystagmus

NC V (TRIJUMEAU)

Testez la sensibilité à la douleur et au toucher léger de la face, dans les territoires ophtalmique, maxillaire et mandibulaire.



NC V, SENSITIF

Déficit moteur ou sensitif par lésions du NC V ou des voies plus haut situées

Palpez la contraction des muscles temporaux et masséters



MUSCLES TEMPORAUX



MUSCLES MASSÉTERS

Vérifiez les réflexes cornéens.



TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

NC VII (FACIAL)

Demandez au patient de relever et de froncer les sourcils, fermer fortement les yeux, montrer les dents, sourire et gonfler les joues.

Paralysie faciale périphérique, par lésion du NC VII (paralysie de Charles Bell), ou centrale, par lésion du SNC (comme dans un AVC). Voir tableau 17-3 : « Paralysies faciales », p. 397

NC VIII (ACOUSTIQUE)

Évaluez l'audition. Si elle est diminuée :

- recherchez une latéralisation (épreuve de Weber, p. 143).
- comparez la conduction aérienne et osseuse (épreuve de Rinne)

Une surdité de perception (neurosensorielle) unilatérale entraîne une latéralisation du côté de la bonne oreille, où CA > CO. Une surdité de transmission unilatérale entraîne une latéralisation du côté de l'oreille atteinte, où CO ≥ CA.

Voir p. 143

NC IX, X (GLOSSOPHARYNGIEN + VAGUE)

Recherchez un trouble de la déglutition.

Une faiblesse du voile du palais ou du pharynx perturbe la déglutition

Écoutez la voix.

Enrouement, nasonnement

Observez l'élévation du voile du palais lors de l'émission du son « Ah ».

Paralysie du voile du palais dans un AVC

Testez le réflexe nauséux des deux côtés.

Absence de réflexe

En cas de faiblesse musculaire, précisez sa topographie. Elle peut être évocatrice d'une lésion du motoneurone inférieur au niveau d'un nerf périphérique ou d'un nerf rachidien. Une faiblesse d'un hémicorps suggère une lésion du motoneurone supérieur. Une *polyneuropathie* (polynévrite) entraîne une faiblesse distale symétrique, et une *myopathie*, une faiblesse habituellement proximale. Une faiblesse qui s'aggrave avec la répétition des efforts et s'améliore au repos évoque une *myasthénie*.

- Flexion du coude (C5, C6 ; biceps)
- Extension du coude (C6, C7, C8 ; triceps)
- Extension du poignet (C6, C7, C8 ; nerf radial)
- Préhension (C7, C8, T1)
- Abduction des doigts (C8, T1 ; nerf ulnaire)

Paralysie radiale ; si hémiparésie, AVC ou sclérose en plaques

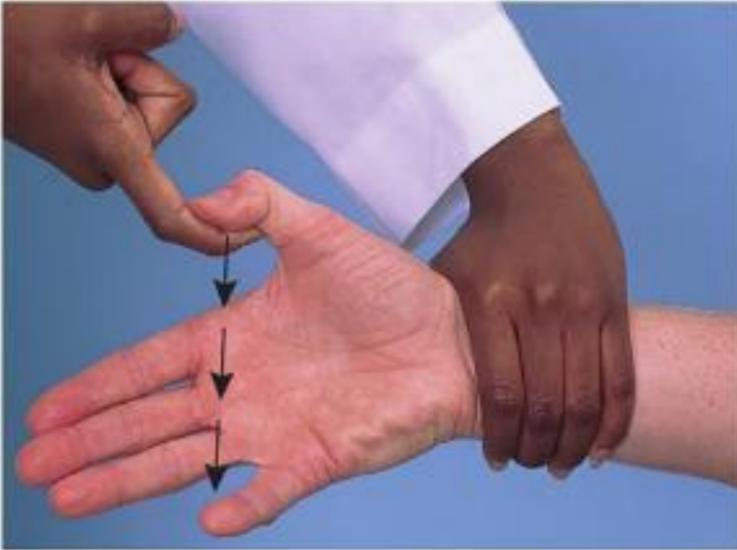
Préhension faible dans une radiculopathie cervicale, une ténosynovite de De Quervain, un syndrome du canal carpien

Paralysie ulnaire



TECHNIQUES D'EXAMEN

- Opposition du pouce (C8, T1 ; nerf médian)



-  Tronc : flexion, extension, inclinaison
-  Flexion de la hanche (L2, L3, L4 ; psoas iliaque)
- Extension de la hanche (S1 ; grand fessier ou *gluteus maximus*)
- Adduction de la hanche (L2, L3, L4 ; adducteurs)
- Abduction de la hanche (L4, L5, S1 ; moyen et petit fessiers)
- Extension du genou (L2, L3, L4 ; quadriceps)

CONSTATATIONS POSSIBLES

Syndrome du canal carpien

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- Flexion du genou (L4, L5, S1, S2 ; muscles ischiojambiers ou de la loge postérieure de la cuisse)
- Dorsiflexion du pied, au niveau de la cheville (L4, L5)
- Flexion plantaire du pied, au niveau de la cheville (S1)

COORDINATION

Testez :

Les *mouvements alternants rapides* aux membres supérieurs (MS) et inférieurs (MI ; taper du pied).



Les *mouvements d'un point à un autre*, aux MS et aux MI.

Mouvements lents, maladroits d'une maladie cérébelleuse

Mouvements instables, maladroits d'une maladie cérébelleuse

TECHNIQUES D'EXAMEN

- **Recherchez** une *dérive en pronation*. Observez la façon dont le patient maintient les MS étendus devant lui, avec les paumes tournées vers le haut, yeux fermés pendant 20 à 30 secondes.



Demandez au patient de garder les MS dans la même position et donnez dessus une tape vive vers le bas. Un retour régulier à la position de départ est normal.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Flexion et pronation au niveau du coude et dérive vers le bas du MS en cas de *lésion du faisceau pyramidal controlatéral*



Faiblesse, incoordination, perturbation du sens de la position

SYSTÈME SENSITIF

Utilisez un objet tel qu'un coton-tige cassé pour explorer la sensibilité tactile fine et grossière, et **comparez les zones symétriques des deux hémicorps**. Ne réutilisez pas le même objet pour un autre patient.

Déficit sensitif d'un hémicorps

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Comparez aussi les racines et les extrémités des MS et des MI quant à la sensibilité à la *douleur*, à la *température* et au *toucher*. Dispersez les stimuli, afin d'explorer la plupart des dermatomes et des grands nerfs périphériques.

Dessinez la carte des zones de sensibilité anormale, y compris les dermatomes, s'il y en a.

Appréciez la réaction aux stimuli suivants (le patient doit fermer les yeux après l'explication du test) :

- *douleur* : utilisez la pointe d'une épingle ou un autre instrument pointu. Le bout mousse sert de contrôle
- *température* (si c'est indiqué) : utilisez des tubes à essai remplis d'eau chaude et d'eau glacée ou d'autres objets aux bonnes températures
- *toucher léger* : utilisez un fin tortillon de coton

Déficit sensitif « en gants et en chaussettes » dans une neuropathie périphérique

Troubles sensitifs d'un ou plusieurs dermatomes dans le *zona*, la *compression d'une racine nerveuse*. Voir tableau 17-7, p. 403-404, pour les dermatomes

Analgésie, hypoalgésie, hyperalgésie

Sensibilité thermique et sensibilité douloureuse vont en général de pair

Anesthésie, hyperesthésie

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Tricipital (C6, C7).



Supinateur ou stylo-radial (C5, C6).



→ TECHNIQUES SPÉCIALES

○— **Signes méningés.** Le patient étant en décubitus dorsal, fléchissez sa tête et son cou vers sa poitrine. Notez une résistance et une douleur, et recherchez une flexion des hanches et des genoux (*signe de Brudzinski*).

Fléchissez l'un des MI du patient à la hanche et au genou, puis étendez le genou. Notez une résistance et une douleur (*signe de Kernig*).



○— **Radiculopathie lombosacrée.** Élévation du MI étendu.

Le patient étant en décubitus dorsal, élevez son MI étendu et décontracté (en flexion au niveau de la hanche) ; puis mettez le pied en dorsiflexion.



Une irritation méningée peut provoquer une résistance (*raideur de la nuque*) et une douleur à la flexion au cours des deux manœuvres

La compression d'une racine nerveuse lombaire ou sacrée provoque aussi une douleur quand on étend le genou du membre surélevé

Douleur et faiblesse musculaire en cas de hernie discale ; il peut aussi exister une amyotrophie du mollet et une faiblesse de la dorsiflexion du pied

Niveaux de conscience

Vigilance	Le patient est éveillé et conscient de lui-même et de son environnement. Quand vous lui parlez d'une voix normale, il vous regarde et il réagit de façon complète et appropriée aux stimuli.
Léthargie	Quand vous lui parlez d'une voix forte, le patient semble somnolent, mais il ouvre les yeux et vous regarde, répond à vos questions, puis se rendort.
Obnubilation	Quand il est secoué avec douceur, le patient ouvre les yeux et vous regarde, mais il répond à vos questions de façon lente et un peu confuse. Sa vigilance et son intérêt pour l'environnement sont diminués.
Stupeur	Le patient n'est réveillé que par des stimuli douloureux. Ses réponses verbales sont lentes ou absentes. Il retombe dans son état d'aréactivité dès que les stimuli cessent. Il n'a qu'une conscience minime de lui-même et de son environnement.
Coma	Malgré des stimuli douloureux répétés, le patient ne peut être réveillé et il garde les yeux fermés. Il ne manifeste aucune réaction à ses propres besoins ni aux stimuli externes.

Observez :

- le type de la respiration
- les pupilles
- les mouvements oculaires

Respiration de Cheyne-Stokes, ataxique

Inégalité pupillaire (*anisocorie*) en cas de coma structurel ou d'engagement cérébral

Déviations des yeux du côté lésé dans l'AVC d'un hémisphère

Notez la posture du corps.

Rigidité de décortication, rigidité de décérébration, hémiplégie flasque

TECHNIQUES D'EXAMEN

Recherchez le *réflexe oculocéphalique* (mouvements des yeux de poupée). Tout en relevant les paupières supérieures, tournez rapidement la tête du patient d'un côté puis de l'autre, puis fléchissez et étendez son cou. La tête de cette patiente va être tournée vers sa droite.



CONSTATATIONS POSSIBLES

Chez un patient comateux qui a un tronc cérébral *intact*, les yeux se déplacent dans la direction opposée, dans ce cas vers la gauche de la patiente (mouvements des yeux de poupée)



Recherchez une paralysie flasque :

- tenez les avant-bras verticalement ; notez la position des poignets
- d'une hauteur de 30 à 50 cm au-dessus du lit, lâchez les deux MS
- soutenez les genoux en position demi-fléchie, puis étendez-les et laissez tomber un MI puis l'autre sur le lit

Un coma très profond ou une lésion du mésencéphale ou de la protubérance abolit ce réflexe

Une main flasque tombe à l'horizontale

Le MS flasque tombe plus rapidement

Le MI flasque tombe plus rapidement

TECHNIQUES D'EXAMEN

- de la même position de départ, laissez tomber les deux MI en même temps

Achevez l'examen neurologique et l'examen physique général.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Un MI flasque tombe en extension et rotation externe

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : le système nerveux

« *État mental* : conscient, détendu et coopérant. Processus de pensée cohérent. Orientation dans le temps, l'espace et la personne. Tests cognitifs reportés. *Nerfs crâniens* : I, pas testé ; II à XII, normaux. *Motricité* : masses et tonus musculaires satisfaisants. Force 5/5 partout. *Cervelet* : mouvements alternants rapides (MAR), épreuves du doigt au nez (D → N) et du talon au tibia (T → T) normaux. Démarche avec une base normale. Romberg : maintient son équilibre les yeux fermés. Pas de dérive en pronation. *Sensibilité* : piquûre, toucher léger, position et vibration normaux. *Réflexes* : 2+, symétriques ; réflexes cutanés plantaires en flexion plantaire. »

Vous pouvez également noter les réflexes dans un tableau ou sur un schéma :

	Bicipital	Tricipital	Styloradial	Rotulien	Achilléen	Plantaire
Droit	2+	2+	2+	2+	2+	↓
Gauche	2+	2+	2+	2+	2+	↓

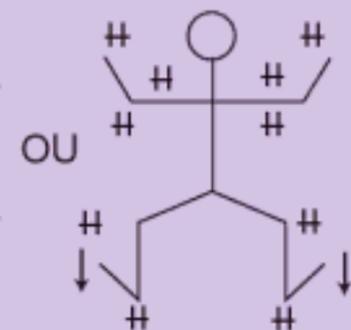


TABLEAU 17-1

Types d'AVC (suite)

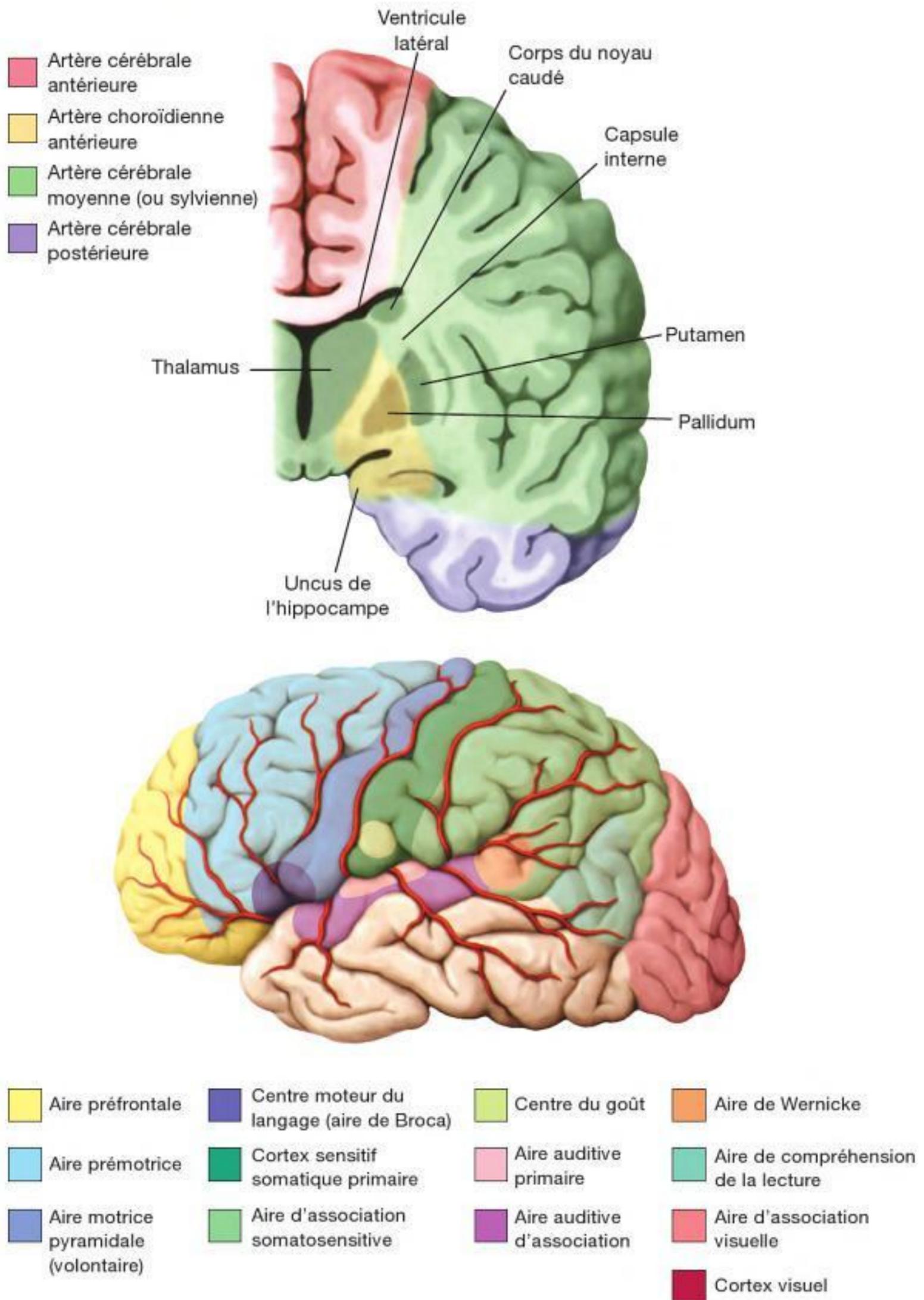


TABLEAU 17-2

Caractéristiques cliniques et territoires vasculaires des AVC

Trouvailles cliniques	Territoire vasculaire	Commentaires
Faiblesse du membre inférieur controlatéral	<i>Circulation antérieure</i> : artère cérébrale antérieure (ACA)	Comprend le segment précommuniquant de l'ACA (qui fait partie du polygone de Willis), le segment postcommuniquant de l'ACA, et l'artère choroïdienne antérieure
Faiblesse de l'hémi-face et des membres (supérieur > inférieur) controlatéraux, hypoesthésie, altération du champ visuel, aphasie (ACM gauche) ou négligence, apraxie (ACM droite)	<i>Circulation antérieure</i> : artère cérébrale moyenne (ACM)	Le plus grand lit vasculaire pour un AVC
Déficit moteur ou sensitif controlatéral sans signes corticaux	<i>Circulation sous-corticale</i> : branches pénétrantes profondes lenticulostrées de l'ACM	<i>Infarctus lacunaires</i> des petits vaisseaux sous-corticaux dans la capsule interne, le thalamus, le tronc cérébral. Quatre syndromes fréquents : hémiparésie purement motrice ; héli-anesthésie purement sensitive ; ataxie-hémiparésie ; maladresse manuelle-dysarthrie



TABLEAU 17-2

Caractéristiques cliniques et territoires vasculaires des AVC (*suite*)

Trouvailles cliniques	Territoire vasculaire	Commentaires
Altération du champ visuel controlatérale	<i>Circulation postérieure</i> : artère cérébrale postérieure (ACP)	Comprend les deux artères vertébrobasilaires, les deux ACP. Un infarctus bilatéral de l'ACP entraîne une cécité corticale, mais les réflexes photomoteurs ne sont pas abolis
Dysphagie, dysarthrie, déviation de la langue/du palais et/ou ataxie avec des déficits sensitifs/moteurs croisés (hémiface ipsilatérale et hémicorps controlatéral)	<i>Circulation postérieure</i> : tronc cérébral, branches des artères vertébrales et du tronc basilaire	
Déficits oculomoteurs et/ou ataxie avec déficits sensitifs/moteurs croisés	<i>Circulation postérieure</i> : artère basilaire	Occlusion complète de l'artère basilaire : « <i>locked-in syndrome</i> », avec une conscience normale mais une incapacité à parler et une quadriplégie

Source : adapté de l'American College of Physicians. Stroke. *In* : Neurology. Medical Knowledge Self-Assessment Program (MKSAP) 14. Philadelphia : American College of Physicians, 2006 : 52-68.

TABLEAU 17-3

Paralysies faciales

Distinguez les lésions périphériques des lésions centrales du NC VII en observant de près les mouvements de la *partie supérieure de la face*. L'innervation provient des deux hémisphères, ce qui fait que ces mouvements sont *conservés* dans les lésions centrales.

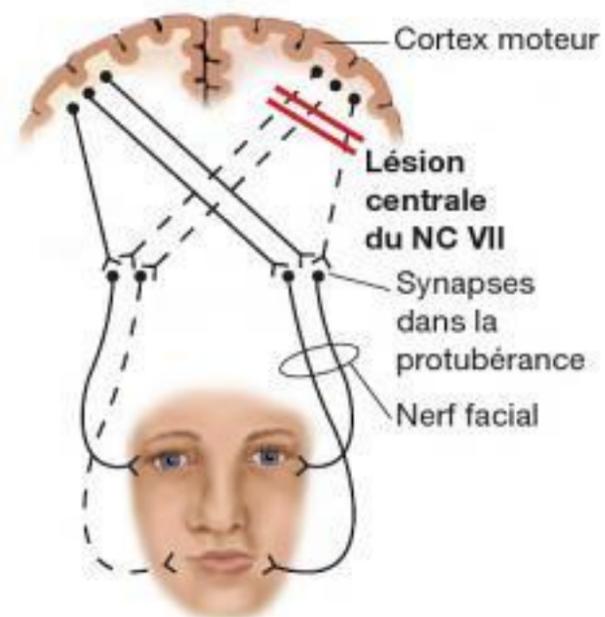
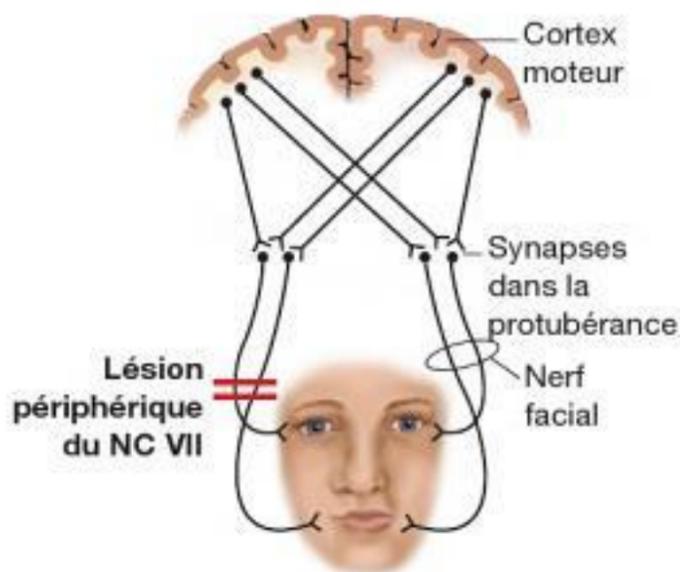
Lésion du système nerveux périphérique

Lésion du système nerveux central

Côté de la face touché	Du même côté que la lésion	Du côté opposé à la lésion
------------------------	----------------------------	----------------------------

Partie supérieure de la face	Incapable de plisser le front, élever les sourcils, fermer les yeux	Mouvements normaux ou peu affaiblis
------------------------------	---	-------------------------------------

Partie inférieure de la face	Incapable de sourire, montrer les dents	<i>Idem</i>
------------------------------	---	-------------



Cause fréquente	Paralytic de Charles Bell (lésion du NC VII)	AVC
-----------------	--	-----

TABLEAU 17-4

Troubles moteurs (suite)

	Troubles du système périphérique	Troubles du système central*	Syndrome parkinsonien (noyaux gris de la base)	Troubles cérébelleux
Réflexes				
<i>Ostéotendineux</i>	Diminués ou abolis	Exagérés	Normaux ou diminués	Normaux ou diminués
<i>Cutané plantaire</i>	En flexion ou pas obtenu	En extension (signe de Babinski)	En flexion	En flexion
<i>Abdominaux</i>	Absents	Absents	Normaux	Normaux

*Motoneurone supérieur.

TABLEAU 17-5

Mouvements involontaires



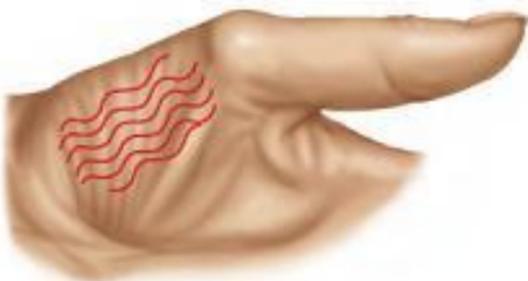
Tremblement de repos. Visible au repos, il disparaît en général lors du mouvement. Se voit dans la maladie de Parkinson



Tremblement d'attitude. Visible lors du maintien actif d'une attitude. Se voit dans l'anxiété, l'hyperthyroïdie ; est parfois familial



Tremblement intentionnel. Présent lors du mouvement intentionnel, absent au repos. Se voit dans les atteintes cérébelleuses, y compris dans la sclérose en plaques



Fasciculations. Contractions fines et rapides de faisceaux de fibres musculaires



Chorée. Mouvements saccadés, brefs, rapides et irréguliers, de la face, de la tête, des bras ou des mains



Athétose. Mouvements de torsion et d'enroulement lents, de la face et des extrémités des membres



TABLEAU 17-5

Mouvements involontaires (*suite*)



Dyskinésies buccofaciales. Mouvements bizarres, répétitifs, rythmiques de la face et de la bouche. Dyskinésies tardives en cas d'utilisation prolongée de psychotropes, tels que les phénothiazines



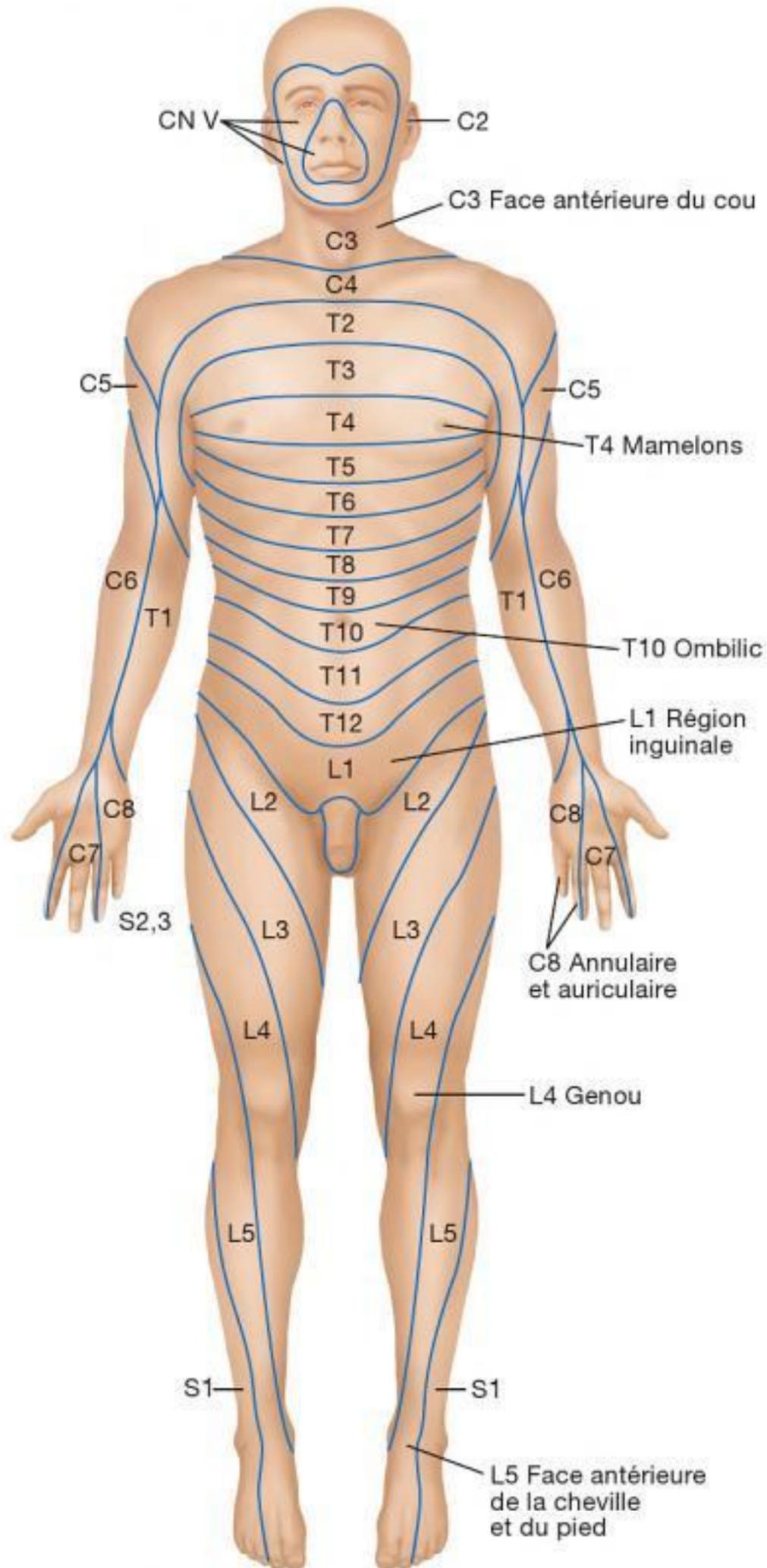
Tics. Mouvements coordonnés, répétitifs, irréguliers, brefs (par exemple : clignements d'yeux, haussements d'épaules). Se voient dans la maladie de Gilles de la Tourette et les traitements par phénothiazines ou amphétamines



Dystonie. Attitudes contorsionnées, grotesques, souvent du tronc ou, comme montré ici, du cou (*torticollis spasmodique*)

TABLEAU 17-7

Dermatomes

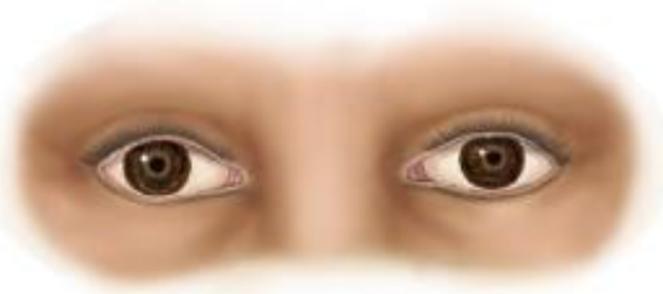


DERMATOMES INNERVÉS PAR DES RACINES POSTÉRIEURES



TABLEAU 17-9

Pupilles chez les patients comateux

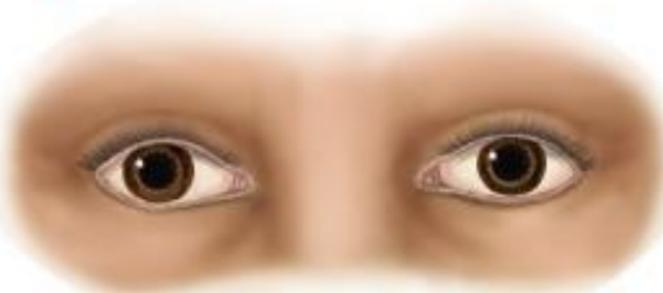
Petites pupilles

Des *petites* pupilles *bilatérales* (1-2,5 mm) évoquent : 1) une lésion des voies sympathiques dans l'hypothalamus, ou 2) une encéphalopathie métabolique (défaillance cérébrale diffuse, ayant des causes multiples, dont les drogues). Le réflexe photomoteur est en général normal.

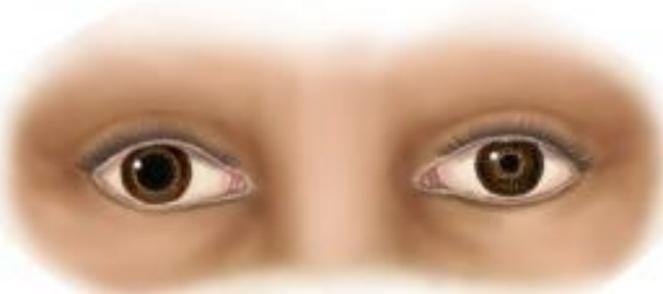
Des pupilles « *en tête d'épingle* » (< 1 mm) évoquent : 1) une hémorragie protubérantielle, ou 2) les effets de la morphine, de l'héroïne ou d'autres stupéfiants. Le réflexe photomoteur est visible avec une loupe

Pupilles intermédiaires, aréactives

Des pupilles *en position intermédiaire*, ou *légèrement dilatées* (4-6 mm) et *ne réagissant pas à la lumière* évoquent une lésion du tronc cérébral

Mydriase bilatérale

Des pupilles *dilatées et aréactives* se voient après une anoxie sévère, comme un arrêt cardiaque. Elles peuvent aussi être dues à des parasympatholytiques, des phénothiazines ou des antidépresseurs tricycliques

Mydriase unilatérale

Une pupille *dilatée et aréactive* traduit un engagement du lobe temporal, qui comprime le nerf oculomoteur (NC III) et le mésencéphale

Évaluation des enfants : du nourrisson à l'adolescent

DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

À la différence des adultes, les enfants présentent de grandes variations du développement physique, cognitif et social.

Grands principes du développement de l'enfant

- Le développement de l'enfant suit un chemin prévisible, jalonné par des repères développementaux.
- Le spectre du développement normal est large. Les enfants mûrissent à des rythmes différents.
- Des facteurs physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux variés, ainsi que les maladies, peuvent influencer sur le développement et la santé de l'enfant. Par exemple, des maladies chroniques, la maltraitance et la pauvreté peuvent non seulement contribuer à des anomalies physiques manifestes mais aussi retentir sur le rythme et l'évolution des acquisitions développementales.
- Le niveau de développement de l'enfant affecte la conduite de l'interrogatoire et de l'examen physique.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

L'interrogatoire de l'enfant suit le même plan que celui de l'adulte, avec des *ajouts* présentés ici.

Données d'identification. Notez la date et le lieu de naissance, le surnom, les prénoms des parents (et le nom de famille de chacun d'eux, s'ils sont différents).

Motifs de consultation. Précisez s'il s'agit d'inquiétudes de l'enfant, de ses parents, d'un enseignant ou d'une autre personne.

Maladie actuelle. Précisez comment chaque membre de la famille réagit aux symptômes de l'enfant, pourquoi il est inquiet, et quels avantages la maladie peut apporter à l'enfant.

Antécédents médicaux

Naissance. C'est un point particulièrement important quand il y a des problèmes neurologiques ou développementaux. Procurez-vous les comptes rendus hospitaliers, si besoin est.

- Grossesse : santé de la mère, traitements ; consommation de tabac, alcool, drogues ; prise de poids ; durée de la gestation.
- Accouchement : caractéristiques du travail et de l'expulsion ; poids de naissance ; score d'Apgar à 1 et 5 minutes.
- Période néonatale : réanimation, cyanose, jaunisse, infections, attachement.

Alimentation. C'est un point particulièrement important en cas de malnutrition ou d'obésité.

- Allaitement : fréquence et durée des tétées, difficultés, âge et technique du sevrage.
- Alimentation au biberon : lait, volume et fréquence des biberons, vomissements, coliques intestinales, diarrhée.

- Suppléments de vitamines, fer et fluor ; diversification alimentaire.
- Comportement alimentaire : nature et quantité des aliments ingérés ; attitudes et réactions des parents vis-à-vis des problèmes alimentaires.

Croissance et développement. C'est un point particulièrement important en cas de retard de la croissance ou du développement et de troubles du comportement.

- Croissance somatique : poids et taille à tous les âges ; périmètre crânien de la naissance à 2 ans ; périodes de croissance rapide ou lente.
- Acquisitions psychomotrices : âges auxquels l'enfant a tenu sa tête, s'est retourné, a tenu assis, tenu debout, commencé à marcher et commencé à parler.
- Développement du langage, performances préscolaires et scolaires.
- Développement social : rythme veille-sommeil ; acquisition de la propreté ; comportements habituels ; problèmes de discipline ; comportement scolaire ; relations avec la famille et les camarades.

État de santé actuel

Allergies. Accordez une attention particulière aux antécédents d'eczéma, urticaire, rhinite allergique chronique, asthme, intolérance alimentaire, hypersensibilité aux insectes et sifflements récidivants.

Vaccinations. Avec les dates d'administration et les réactions indésirables.

Tests de dépistage. Ils sont susceptibles de varier en fonction de l'état de santé de l'enfant et des conditions sociales. Ils comprennent les dépistages néonataux, la recherche d'une anémie, la plombémie, la drépanocytose, le contrôle de la vision et de l'audition, et d'autres tests (par exemple, pour la tuberculose).

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

1. Atteinte d'un niveau de développement en rapport avec l'âge de l'enfant :
 - physique (maturation, croissance, puberté) ;
 - moteur (motricité globale et fine) ;
 - cognitif (acquisitions psychomotrices, langage, résultats scolaires) ;
 - émotionnel (efficacité et maîtrise de soi, estime de soi, autonomie, moralité) ;
 - social (compétence sociale, responsabilité personnelle, intégration dans la famille et la communauté).
2. Examens de santé systématiques :
 - bilans réguliers de la santé médicale et buccodentaire de l'enfant ;
 - adaptation de leur fréquence pour les enfants et les familles ayant des besoins particuliers.
3. Synthèse des constatations de l'examen physique.
4. Vaccinations.
5. Dépistages.
6. Guidance anticipée :
 - habitudes saines ;
 - alimentation saine ;
 - santé mentale et émotionnelle ;
 - hygiène buccodentaire ;
 - sécurité et prévention des accidents ;
 - développement sexuel et sexualité ;
 - responsabilité personnelle et efficacité ;
 - relations familiales (interactions, forces, soutiens) ;
 - prévention ou reconnaissance des maladies ;
 - prévention des comportements à risque et des toxicomanies ;
 - réussite scolaire, projet professionnel ;
 - relations avec les pairs ;
 - interactions sociales.

7. Partenariat entre le professionnel de santé, l'enfant/l'adolescent et sa famille.

TECHNIQUES D'EXAMEN

Séquence de l'examen

La séquence de l'examen doit prendre en compte l'âge et le confort de l'enfant.

- Pour les nourrissons et les jeunes enfants, *pratiquez les manœuvres non dérangeantes au début de l'examen et celles qui sont potentiellement perturbantes vers la fin*. Par exemple, palpez la tête et le cou, et auscultez le cœur et les poumons au début ; examinez les oreilles et la bouche et palpez l'abdomen à la fin. Si l'enfant signale une zone douloureuse, examinez-la en dernier lieu.
- Pour les grands enfants et les adolescents, utilisez la même séquence d'examen que chez l'adulte, à l'exception de l'examen des zones douloureuses qui doit être fait en dernier.

ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

EXAMEN IMMÉDIATEMENT À LA NAISSANCE

Auscultez la partie antérieure du thorax. **Palpez** l'abdomen. **Inspectez** la tête, la face, la cavité buccale, les membres, les organes génitaux et le périnée.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Score d'Apgar. Établissez le score d'Apgar de tous les nouveau-nés, à 1 et 5 minutes de vie, en cotant chaque item de 0 à 2.

Si le score d'Apgar à 5 minutes est ≥ 8 , pratiquez un examen plus approfondi

Score d'Apgar			
Score attribué			
Signes cliniques	0	1	2
Fréquence cardiaque	Pas de battements	< 100	> 100
Respiration	Pas de mouvements	Lente et irrégulière	Bonne, efficace
Tonus musculaire	Hypotonie	Membres un peu fléchis	Gesticulation
Réactivité*	Aucune réaction	Grimaces	Cris vigoureux, éternuements, toux
Couleur	Bleue, pâle	Corps rose, extrémités bleues	Entièrement rose
Score d'Apgar à 1 minute		Score d'Apgar à 5 minutes	
8-10 : normal		8-10 : normal	
5-7 : dépression du système nerveux		0-7 : risque élevé de dysfonctionnement du système nerveux central et d'autres organes	
0-4 : dépression grave du système nerveux nécessitant une réanimation immédiate			

* Réaction à l'aspiration nasale avec une sonde.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Âge gestationnel et poids de naissance. Classez le nouveau-né d'après son âge gestationnel (AG) et son poids de naissance (PN).

CLASSIFICATION DES NOUVEAU-NÉS D'APRÈS L'AG ET LE PN

Âge gestationnel

Classification	Âge gestationnel
✓ Prématuré	< 37 SA* (< 259 ^e jour)
✓ À terme	37-42 SA
✓ Post-terme	> 42 SA (> 294 ^e jour)

Poids de naissance

Classification	Poids
✓ PN extrêmement faible	< 1 000 grammes
✓ PN très faible	< 1 500 grammes
✓ PN faible	< 2 500 grammes
✓ PN normal	≥ 2 500 grammes

* SA : semaines d'aménorrhée.

Catégories de nouveau-nés

Catégorie	Dénomination anglaise (abréviation)	Percentile
Hypotrophiques	<i>Small for gestational age</i> (SGA)	< 10 ^e p.
Eutrophiques	<i>Appropriate for gestational age</i> (AGA)	10-90 ^e p.
Hypertrophiques	<i>Large for gestational age</i> (LGA)	> 90 ^e p.

EXAMEN DANS LES HEURES SUIVANT LA NAISSANCE

Au cours du premier jour de vie, les nouveau-nés doivent subir un examen complet, en suivant la technique décrite dans la partie sur le « Nourrisson ». Attendez 1 à 2 heures après une tétée, afin que le nouveau-né soit plus réactif. Demandez aux parents de rester.

Observez la coloration du bébé, sa taille, les proportions de son corps, son état nutritionnel, son attitude, sa respiration et les mouvements de sa tête et de ses membres.

Inspectez le *cordon ombilical* du nouveau-né pour y détecter des anomalies. Normalement, il contient deux artères ombilicales, à paroi épaisse, et une veine ombilicale, plus large, à paroi fine, qui se trouve en général à 12 heures.

L'examen neurologique de dépistage de tous les nouveau-nés doit comprendre l'état mental, la motricité globale et fine, le tonus, le cri, les réflexes ostéotendineux et les réflexes primaires.

Normalement, activité motrice spontanée, flexion-extension des membres, trémulations brèves du corps

La plupart des nouveau-nés ont les *jambes arquées*, ce qui reflète leur position repliée *in utero*

Une *artère ombilicale unique* peut être associée à des anomalies congénitales. Les *hernies ombilicales* du petit nourrisson sont dues à un défaut de la paroi abdominale antérieure

Les signes de maladie neurologique grave comprennent l'*hyperexcitabilité*, une *asymétrie de la posture* ou une *extension persistante des membres*, la *rotation permanente de la tête vers un côté*, l'*hyperextension de la tête, du cou et des membres (opisthotonos)*, une *hypotonie massive*, et une *réaction limitée à la douleur*

ÉVALUATION DU NOURRISSON

ÉTAT MENTAL ET PHYSIQUE

Observez l'affect des parents quand ils parlent de leur bébé ; leur façon de le tenir, de le mobiliser et de l'habiller ; et leur réaction aux situations qui peuvent lui être désagréables. **Observez** la tétée, au sein ou au biberon. **Précisez** les acquisitions psychomotrices en utilisant le DDST (*Denver Developmental Screening Test*) avant de passer à l'examen physique.

Les causes fréquentes de *retard du développement* comprennent des anomalies de l'embryogenèse, des affections héréditaires et génétiques, des problèmes environnementaux et sociaux, d'autres problèmes gravidiques et périnataux, des maladies infantiles telles qu'une infection (par exemple, méningite), un traumatisme, une maladie chronique grave

EXAMEN GÉNÉRAL

La croissance, qui se traduit par l'augmentation de la taille et du poids dans les limites de la normale, est un excellent indicateur de la santé du nourrisson et de l'enfant. Les écarts par rapport à la normale peuvent être les indices précoces d'un problème sous-jacent. Pour évaluer la croissance, comparez les mensurations de l'enfant :

- aux valeurs normales pour l'âge et le sexe
- aux valeurs antérieures (vitesse de croissance)

Les causes de *retard statur pondéral* peuvent être environnementales ou psychosociales, ou des affections digestives, neurologiques, cardiaques, endocriniennes, rénales ou autres

Les mensurations au-dessus du 97^e percentile ou en dessous du 3^e percentile, et les variations récentes, dans un sens ou dans l'autre, par rapport aux valeurs antérieures, imposent des explorations

TECHNIQUES D'EXAMEN

- ses modifications vasomotrices
- sa pigmentation (par exemple, taches mongoloïdes)
- sa pilosité (par exemple, lanugo)
- les affections cutanées banales (par exemple, milium, érythème toxi-allergique)
- un ictère
- le turgor

CONSTATATIONS POSSIBLES

Acrocyanose ; cardiopathie congénitale cyanogène

Taches café au lait

Touffe de poils sur la ligne des épineuses

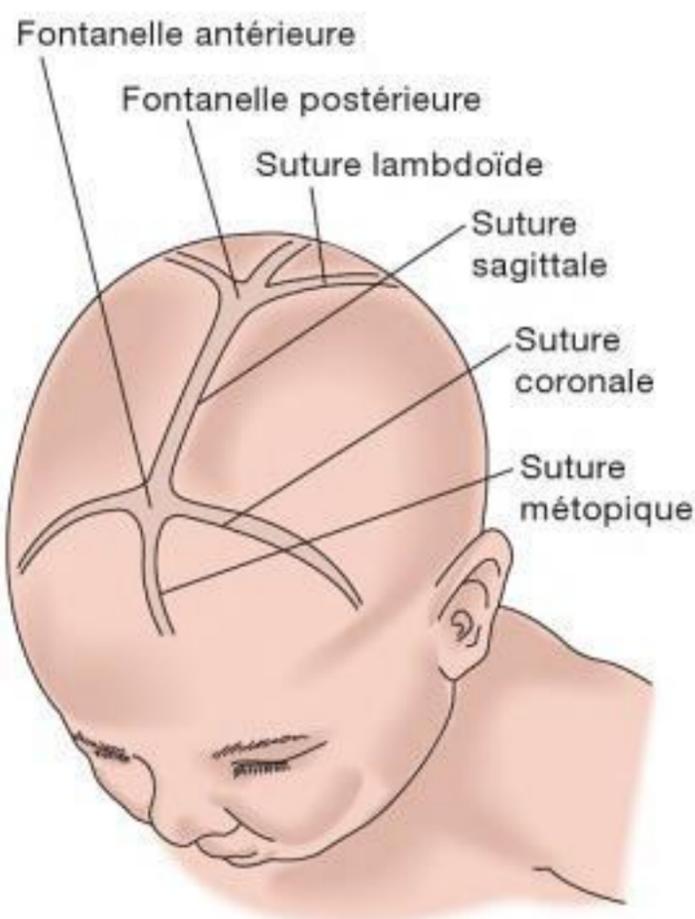
Herpes simplex

Maladie hémolytique du nouveau-né

Déshydratation

TÊTE

Examinez soigneusement les sutures et les fontanelles.



Petite tête de la *microcéphalie*, grosse tête de l'*hydrocéphalie* ; fontanelles pleines et tendues de la *méningite*, fermées de la *microcéphalie* ; sutures disjointes dans l'*hypertension intracrânienne* (hydrocéphalie, hématome sous-dural et tumeur cérébrale)

Une tuméfaction due à un hématome sous-périosté (céphalhématome) ne dépasse pas les sutures ; une tuméfaction due à un hématome associé à une fracture les dépasse

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Vérifiez la *symétrie de la face*. Examinez le *faciès* : impression globale et comparaison avec celui des parents.

CONSEILS POUR ÉVALUER UN FACIÈS QUI SEMBLE BIZARRE

- ✓ Revoyez soigneusement les antécédents, notamment les *antécédents familiaux*, la *grossesse* et la *période périnatale*.
- ✓ Notez les anomalies, notamment celles de la *croissance* et du *développement*, ou d'autres *traits dysmorphiques*.
- ✓ Prenez les mensurations et reportez-les sur des courbes, notamment le *périmètre crânien*, la *taille* et le *poids*.
- ✓ Pensez aux trois mécanismes de la dysmorphologie faciale :
 - les déformations dues aux contraintes intra-utérines ;
 - les solutions de continuité dues aux bandes amniotiques, solutions de continuité des tissus fœtaux ;
 - les malformations dues à une anomalie intrinsèque (de la face, de la tête et/ou du cerveau).
- ✓ Examinez les parents et les frères et sœurs (en sachant qu'une ressemblance peut être rassurante ou orienter vers une affection familiale).
- ✓ Essayez de préciser si le faciès est compatible avec celui d'un syndrome identifiable. Comparez avec les références, les photographies, les tableaux et les bases de données.

YEUX

Les nouveau-nés et les petits nourrissons peuvent regarder votre visage et suivre des yeux une lumière vive si vous captez leur attention quand ils sont réveillés.

Les repères visuels normaux sont les suivants.

Nystagmus, strabisme

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

BOUCHE ET PHARYNX

Inspectez (avec un abaisse-langue et une lampe électrique) et **palpez**.

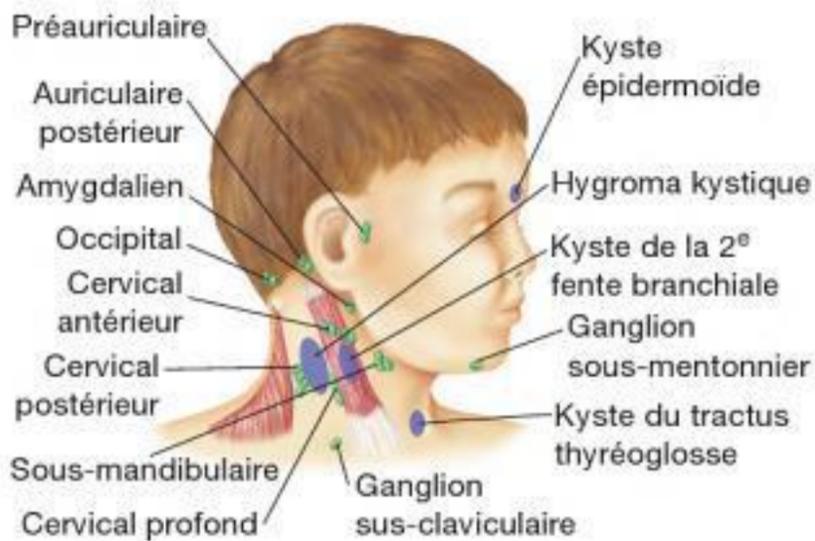
Vous pouvez voir un enduit blanchâtre recouvrant la langue. Si c'est du lait, vous pouvez l'enlever facilement en le grattant ou en l'essuyant.

Dents surnuméraires, perles épithéliales d'Epstein

Candidose buccale (muguet)

COU

Palpez les *ganglions lymphatiques* et **recherchez** des masses anormales (par exemple, des *kystes congénitaux*).



Adénopathie, habituellement due à une infection virale ou bactérienne. Les autres masses du cou comprennent les tumeurs malignes, les kystes branchiaux ou du tractus thyroïdienne, les kystes et fistules préauriculaires

THORAX ET POUMONS

Évaluez soigneusement la respiration et son type.

Ne vous précipitez pas sur le stéthoscope ; observez d'abord l'enfant soigneusement.

Apnée

Les infections des voies respiratoires supérieures peuvent entraîner un battement des ailes du nez

Examen des poumons chez le nourrisson (avant de toucher l'enfant !)

Évaluation	Trouvailles possibles	Explication
Aspect général	Incapacité à s'alimenter ou à sourire N'est pas consolable	Les <i>infections des voies respiratoires inférieures</i> en dessous des cordes vocales (par exemple, bronchiolite, pneumonie) sont fréquentes chez les nourrissons
Fréquence respiratoire	Tachypnée	Affection cardiaque ou respiratoire
Teint	Pâleur ou cyanose	Affection cardiaque ou respiratoire
Composante nasale de la respiration	Battement des ailes du nez (dilatation des narines à l'inspiration)	Infection des voies respiratoires supérieures ou inférieures
Bruits respiratoires audibles	Grognement (bruit expiratoire bref, répété) Sifflement (bruit expiratoire musical) Stridor (bruit inspiratoire aigu) Obstruction (absence de bruits respiratoires)	Un <i>stridor aigu</i> peut traduire une affection grave, comme une <i>laryngotrachéobronchite</i> , une <i>épiglottite</i> , une <i>trachéite bactérienne</i> , un <i>corps étranger</i> ou un <i>arc vasculaire</i>
Travail ventilatoire	Battement des ailes du nez Grognement Tirage (signes de lutte) : <ul style="list-style-type: none"> ■ sus-claviculaire (creux sus-claviculaires) ■ intercostal (espaces intercostaux) ■ sous-costal (juste au-dessous du rebord costal) 	Chez les petits nourrissons, un travail ventilatoire anormal, associé à des trouvailles anormales à l'auscultation, est le meilleur argument en faveur d'une <i>pneumonie</i>

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Distinction entre bruits des voies aériennes supérieures et inférieures

Technique	Voies aériennes supérieures	Voies aériennes inférieures
Comparez les bruits du nez/du stéthoscope	Mêmes bruits	Souvent des bruits différents
Écoutez la rudesse des bruits	Souvent rudes et forts	Variables
Notez la symétrie (gauche/droite)	Symétriques	Souvent asymétriques
Comparez les bruits en différents endroits (plus haut ou plus bas)	Les bruits deviennent plus forts quand le stéthoscope remonte vers le cou	Les bruits sont souvent plus forts à la partie basse du thorax
Inspiratoire <i>versus</i> expiratoire	Presque toujours inspiratoires	Ont souvent un temps expiratoire

CŒUR

Inspection. Recherchez soigneusement une cyanose.

À la naissance : *transposition des gros vaisseaux ; sténose ou atrésie valvulaire pulmonaire*

Les premiers jours de vie : *les mêmes, plus le retour veineux pulmonaire anormal total, l'hypoplasie du cœur gauche*

Les premiers mois ou années de vie : *les mêmes, plus la maladie vasculaire pulmonaire compliquant un shunt entre les oreillettes, les ventricules ou les gros vaisseaux*

Palpation. *Palpez les pouls périphériques. Le maximum du choc précordial n'est pas toujours palpable chez les petits nourrissons. Des frémissements (ou *thrills*) sont palpables quand le flux sanguin est suffisamment turbulent dans le cœur ou les gros vaisseaux.*

Auscultation. *Le rythme cardiaque (RC) est plus facile à apprécier chez les petits nourrissons en écoutant le cœur qu'en palpant les pouls artériels.*

Bruits du cœur. *Évaluez soigneusement B1 et B2. Ils sont normalement vifs et bien frappés.*

*La diminution ou l'absence de pouls fémoraux suggère une **coarctation de l'aorte**. Des pouls faibles, filants ou difficiles à percevoir peuvent refléter un **dysfonctionnement myocardique** ou une **insuffisance cardiaque congestive***

*Le trouble du RC le plus fréquent chez l'enfant est la **tachycardie supraventriculaire paroxystique***

*Une composante pulmonaire plus forte que la normale, en particulier plus forte que le bruit aortique, suggère une **hypertension pulmonaire**. Un dédoublement permanent de B2 peut indiquer une surcharge volumique du ventricule droit, comme dans la **communication interauriculaire***

SEINS

Les seins des garçons et des filles peuvent être augmentés de volume les premiers mois, du fait de l'imprégnation œstrogénique maternelle, et même engorgés de liquide blanchâtre pendant 1 à 2 semaines.

ABDOMEN

Vous trouverez que la **palpation** de l'abdomen des nourrissons est facile parce qu'ils aiment être touchés.

Des masses abdominales anormales peuvent être des tumeurs rénales, vésicales ou intestinales. Dans la *sténose du pylore*, la palpation profonde dans le quadrant supérieur droit ou sur la ligne médiane peut révéler une « olive », c'est-à-dire une masse pylorique ferme, de 2 cm de diamètre

ORGANES GÉNITAUX MASCULINS

Inspectez-les sur un nourrisson en décubitus dorsal.

Chez 3 % des nourrissons, l'un ou les deux testicules ne sont pas palpables dans le scrotum ni dans les canaux inguinaux. Essayez de les faire descendre dans le scrotum.

Les masses scrotales sont le plus souvent des *hydrocèles* ou des *hernies inguinales*

ORGANES GÉNITAUX FÉMININS

Chez les filles, les organes génitaux peuvent rester proéminents les premiers mois de vie du fait de l'imprégnation par les œstrogènes d'origine maternelle.

Une *ambiguïté sexuelle* peut être due à une virilisation des organes génitaux externes féminins

APPAREIL LOCOMOTEUR

Le point important est la détection d'anomalies congénitales, notamment des mains, des hanches, des membres inférieurs et des pieds.

Examinez soigneusement les *hanches* à chaque consultation, à la recherche de signes de luxation. Il y a deux grandes techniques : l'une pour tester une hanche luxée en arrière, la *manœuvre d'Ortolani*, l'autre pour tester une tendance à la subluxation ou à la luxation d'une hanche intacte mais instable, la *manœuvre de Barlow*.



MANŒUVRE D'ORTOLANI

Certains nourrissons normaux présentent une *torsion du tibia*, en dedans ou en dehors, le long de l'axe longitudinal de cet os.

Les *appendices cutanés, vestiges de doigts, polydactylies* (doigts surnuméraires) ou *syndactylies* (doigts palmés) sont des anomalies congénitales. Une *fracture de la clavicule* peut survenir au cours d'un accouchement difficile

La dysplasie congénitale de la hanche peut donner un signe d'Ortolani ou de Barlow positif, surtout au cours des 3 premiers mois de vie

Dans une *dysplasie de hanche*, vous percevez un « ressaut »



MANŒUVRE DE BARLOW

Une torsion tibiale pathologique ne se voit qu'en association avec des *anomalies des pieds ou des hanches*

SYSTÈME NERVEUX

Évaluez le système nerveux en développement en testant les *réflexes primaires*, automatismes médullaires propres au nourrisson.

Suspectez une *anomalie neurologique ou développementale* si les réflexes primaires sont :

- absents à un âge où ils devraient être présents
- persistants au-delà de l'âge normal
- asymétriques
- associés à des attitudes anormales ou à des clonies

Certaines anomalies neurologiques donnent des déficits ou un développement cognitif et social lent. Les nourrissons qui ont un retard du développement peuvent avoir des anomalies à l'examen neurologique, parce qu'à cet âge, celui-ci repose en grande partie sur les repères normaux pour l'âge

Les enfants qui ont une *diplégie spastique* (ou maladie de Little) étaient souvent des nourrissons hypotoniques

ÉVALUATION DE L'ENFANT (DE 1 À 10 ANS)

Astuces pour interroger les enfants

- **Établissez le contact.** Appelez les enfants par leur nom et mettez-vous à leur niveau. Maintenez un contact oculaire à leur hauteur (par exemple, asseyez-vous par terre, si besoin est). Participez à leurs jeux et parlez-leur de leurs centres d'intérêt.
- **Travaillez avec les familles.** Posez des questions ouvertes simples, telles que : « Es-tu malade ? Peux-tu m'en parler ? », que vous ferez suivre de questions plus précises. Une fois que le parent a entamé la conversation, redirigez les questions vers l'enfant. Observez aussi les interactions parents-enfant.
- **Identifiez les programmes multiples.** Votre travail consiste à découvrir autant de points de vue et de programmes que possible.
- **Utilisez la famille comme principale ressource.** Considérez les parents comme les experts des soins de leur enfant et considérez-vous comme leur conseiller.
- **Recherchez les programmes cachés.** Comme chez l'adulte, le principal motif de consultation peut n'avoir aucun rapport avec la véritable raison pour laquelle les parents vous ont amené leur enfant.

La discussion qui suit est centrée sur les points de l'examen physique complet qui diffèrent de l'examen du nourrisson et de celui de l'adulte.

TECHNIQUES D'EXAMEN

La mesure de la PA doit faire partie de l'examen de tout enfant de plus de 2 ans. *Une taille de brassard correcte est indispensable à une mesure précise de la PA chez l'enfant.*

CONSTATATIONS POSSIBLES

Les causes d'hypertension artérielle permanente de l'enfant comprennent les maladies rénales, la coarctation de l'aorte, et l'hypertension essentielle

YEUX

Les deux points les plus importants de l'examen oculaire chez les jeunes enfants consistent à tester l'acuité visuelle des deux yeux et à préciser la symétrie ou conjugaison du regard.

Strabisme, amblyopie, myopie ou hypermétropie

→ **TECHNIQUES SPÉCIALES**

Le test du reflet lumineux sur la cornée (*photo de gauche*) et le test de l'écran (*photo de droite*) sont particulièrement utiles chez les jeunes enfants.

Toute différence d'acuité visuelle entre les deux yeux est pathologique



TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Acuité visuelle

Âge	Acuité visuelle
3 mois	Les yeux convergent, le bébé suit des yeux
12 mois	$\approx 1/10$
< 4 ans	5/10
≥ 4 ans	7/10

OREILLES

Examinez le conduit auditif externe et le tympan. Il y a deux façons d'installer l'enfant, couché ou assis, et aussi deux façons de tenir l'otoscope, illustrées ci-dessous.



→ TECHNIQUE SPÉCIALE

Otoscope pneumatique. Apprenez à vous servir d'un *otoscope pneumatique* pour améliorer la précision du diagnostic d'otite moyenne chez l'enfant.

- Vérifiez l'absence de fuites en plaçant votre doigt sur l'extrémité du spéculum et en comprimant la poire en caoutchouc.
- Introduisez le spéculum, de façon à obtenir une bonne étanchéité.
- Quand de l'air est insufflé dans le conduit auditif, un tympan normal et son reflet lumineux s'enfoncent. Quand de l'air est retiré, le tympan revient vers vous.

L'otite moyenne aiguë donne un tympan rouge et bombant

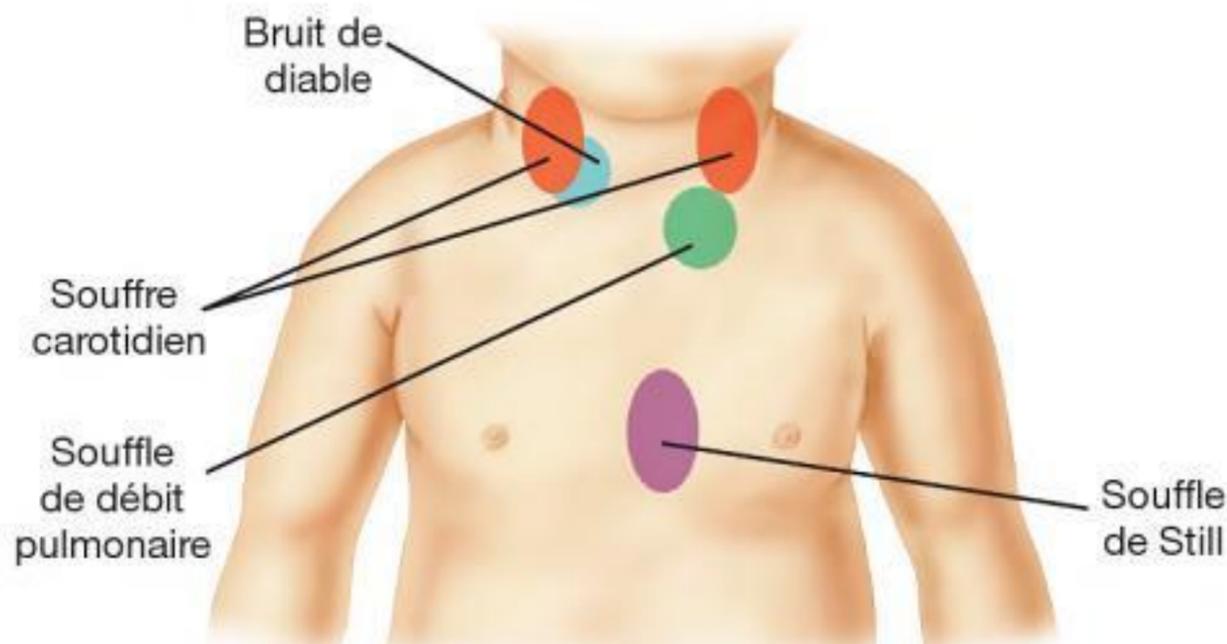
Diminution de la mobilité du tympan dans l'otite moyenne aiguë ; immobilité dans l'otite moyenne avec épanchement (otite séreuse). Douleur à la mobilisation du pavillon dans l'otite externe

BOUCHE ET PHARYNX

Chez les enfants jeunes ou anxieux, vous pouvez repousser cet examen vers la fin. Une immobilisation par les parents peut être nécessaire. Si vous avez besoin de vous servir d'un abaisse-langue, le mieux est de l'appuyer vers le bas et de le tirer légèrement en avant, vers vous, tandis que l'enfant dit « Ah ». N'enfoncez pas l'abaisse-langue trop loin, ce qui déclencherait un réflexe nauséux.

Outre l'auscultation d'un enfant non coopératif, qui se tortille, la principale difficulté est de distinguer les souffles bénins, fréquents, des souffles inhabituels, organiques. La plupart des enfants (certains disent presque tous) ont un ou plusieurs *souffles cardiaques bénins*, ou *fonctionnels*, avant d'atteindre l'âge adulte (voir ci-dessous).

Localisation des souffles cardiaques bénins de l'enfant



ABDOMEN

La plupart des enfants sont chatouilleux quand vous placez d'emblée la main sur leur abdomen pour la **palpation**. Cette réaction tend à s'atténuer, surtout si vous distrayez l'enfant.

Chez l'enfant, le foie est en général anormalement augmenté de volume s'il est palpable à plus de 2 cm en dessous du rebord costal, s'il a un bord inférieur arrondi, ferme, et s'il est sensible

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

ORGANES GÉNITAUX MASCULINS

Il y a un art de la **palpation** du scrotum et des testicules chez les jeunes enfants, parce que beaucoup d'entre eux ont un réflexe crémastérien très vif, qui provoque la rétraction des testicules dans le canal inguinal, et donc des bourses vides. Une technique utile consiste à faire asseoir l'enfant « en tailleur » sur la table d'examen.

Dans la *puberté précoce*, le pénis et les testicules sont augmentés de volume, avec des signes de puberté

Un testicule douloureux nécessite un traitement rapide, car il peut s'agir d'une *torsion*

Les *hernies inguinales* des grands garçons se présentent comme celles de l'homme adulte

ORGANES GÉNITAUX FÉMININS

Pour l'examen génital, adoptez une approche douce et apaisante, et donnez des explications adaptées à l'âge.

Examinez les organes génitaux de manière systématique et efficace. L'hymen normal peut avoir différentes configurations.



Des *pertes vaginales* chez une petite fille peuvent être dues à une *irritation périnéale* (par exemple, bains moussants, savons), à un *corps étranger*, à une *vaginite* ou à des *maladies sexuellement transmises* par abus sexuel. Un *saignement vaginal* est toujours inquiétant. Des *excoriations* ou des signes de traumatisme des organes génitaux externes peuvent être dus à un *abus sexuel*

APPAREIL LOCOMOTEUR

Chez l'enfant plus âgé, les anomalies des membres supérieurs sont rares en l'absence de traumatisme. Observez l'enfant debout et marchant pieds nus. Vous pouvez aussi demander à l'enfant de toucher ses orteils, de passer de la position assise à la position debout, de courir sur une petite distance, et de ramasser des objets. Vous détecterez la plupart des anomalies grâce à une observation soigneuse.

L'examen d'aptitude au sport de l'appareil locomoteur, pour les enfants qui participent à des sports, permet de détecter des blessures ou des anomalies qui peuvent poser des problèmes pour l'athlétisme

SYSTÈME NERVEUX

Après les premiers mois de vie (quand les réflexes primaires ont disparu), l'examen neurologique comporte les mêmes composantes que chez l'adulte. À nouveau, combinez les évaluations neurologiques et développementales. Vous devrez les transformer en jeu avec l'enfant. L'objectif est d'évaluer les performances neurologiques et développementales, ce qui requiert la coopération de l'enfant.

Un retard de langage ou un retard des apprentissages peut être dû à une maladie neurologique ainsi qu'à des troubles développementaux

ÉVALUATION DE L'ADOLESCENT

Pour réussir l'examen des adolescents, il faut instaurer un environnement confortable et confidentiel, qui rend cet examen détendu et informatif. Les adolescents s'épanchent plus volontiers quand l'entrevue est centrée sur eux plutôt que sur leurs problèmes.

Tenez compte du développement cognitif et social pour trancher les problèmes d'intimité, d'implication des parents et de confidentialité. Expliquez à l'adolescent et à ses parents que le but de la confidentialité est d'améliorer la qualité des soins, pas de garder des secrets. Votre objectif est d'aider les adolescents à faire part de leurs inquiétudes et de leurs questions à leurs parents. Cependant, fixez des limites à la confidentialité. Dites toujours explicitement aux adolescents que vous pourrez être amenés à divulguer les informations qui vous inquiéteraient pour leur sécurité.

L'examen physique de l'adolescent est semblable à celui de l'adulte. Gardez en tête les problèmes propres aux adolescents, tels que la puberté, la croissance, le développement, les relations avec la famille et les pairs, la sexualité, la prise de décision et les comportements à risque. Pour plus de détails sur les techniques d'examen spécifiques, le lecteur pourra se reporter au chapitre correspondant de l'examen régional. Voici quelques points qui méritent un intérêt particulier quand vous examinez des adolescents.

SEINS

Évaluez le stade du développement normal des seins chez les filles.

Voir tableau 18-5 : « Stades de maturation sexuelle des filles : les seins », p. 449

ORGANES GÉNITAUX MASCULINS ET FÉMININS

Un des buts importants de l'examen des adolescents et des adolescentes est de déterminer leur stade de maturation sexuelle, indépendamment de leur âge civil.

Voir tableau 18-6 : « Stades de maturation sexuelle des garçons », p. 450-451, et tableau 18-7 : « Stades de maturation sexuelle des filles : pilosité pubienne », p. 452-453

→ TECHNIQUE SPÉCIALE

Recherche d'une scoliose. Inspectez le rachis de tout enfant capable de tenir debout, à la recherche d'une *scoliose*. Faites pencher l'enfant en avant, les genoux droits (*test d'Adams*). Évaluez toute asymétrie de l'attitude ou de la démarche. Si vous détectez une scoliose, utilisez un *scoliosomètre* pour mesurer son angle.



CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Le format du CRO pédiatrique est le même que celui de l'adulte. Donc, bien que le déroulement de l'examen physique puisse s'en écarter, remettez toujours vos notes dans l'ordre traditionnel.

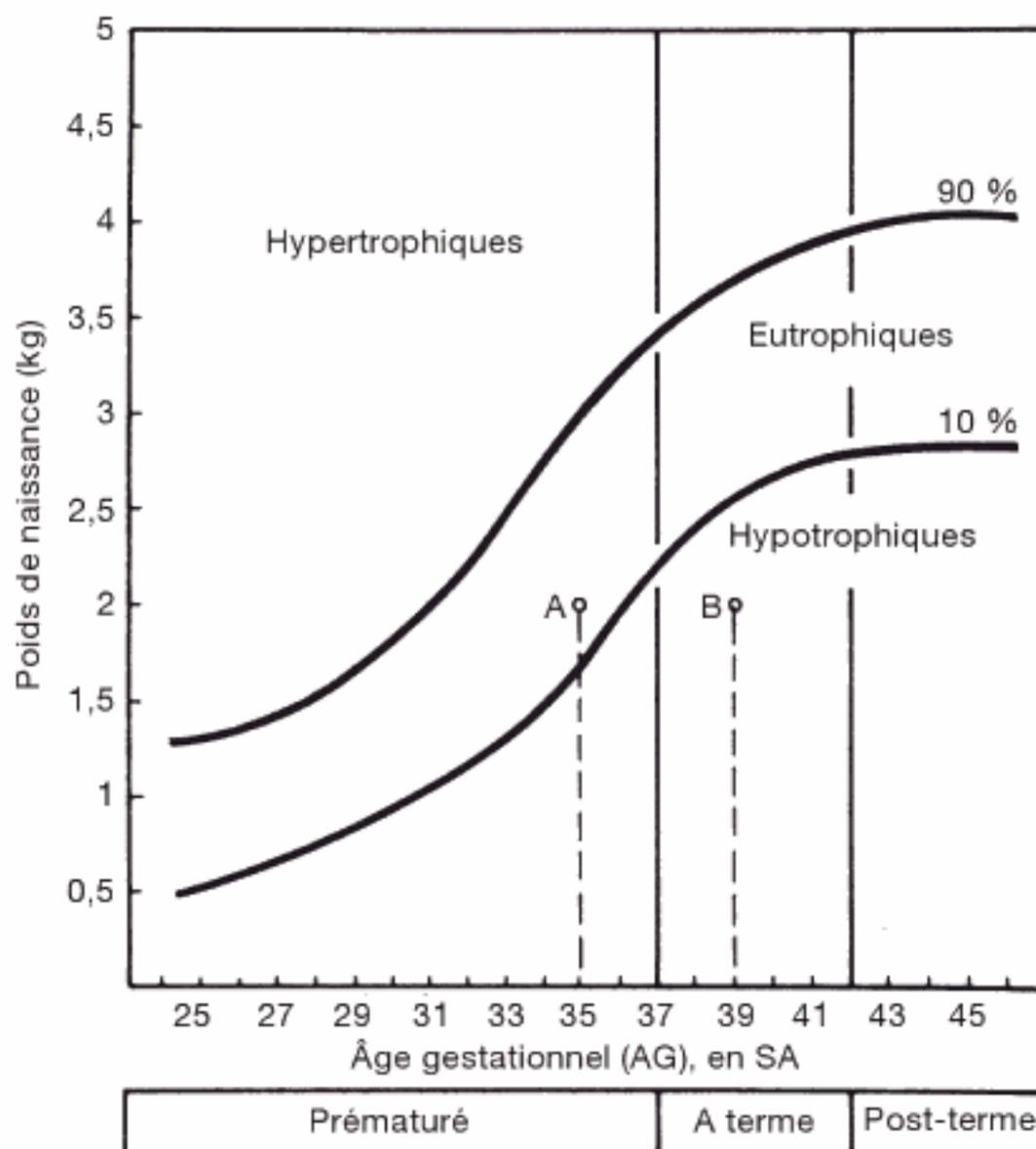
Consigner l'examen pédiatrique : le patient pédiatrique (*suite*)

- **Poumons.** Bonne ampliation thoracique. Pas de tachypnée ni de dyspnée. Bruits respiratoires, mais provenant plutôt des voies aériennes supérieures (plus forts près de la bouche, symétriques). Pas de ronchi, de crépitants ni de sifflements. Poumons libres à l'auscultation.
- **Cœur et vaisseaux.** Choc précordial au 4-5^e espace intercostal gauche et sur la ligne médiane. B1 et B2 normaux. Pas de souffles ni de bruits cardiaques anormaux. Pouls fémoraux normaux ; pouls pédieux palpables des deux côtés.
- **Seins.** Normaux, avec un peu de graisse.
- **Abdomen.** Proéminent mais souple ; pas de masse ni de douleur à la palpation. Débord hépatique de 2 cm ; pas de douleur. Rate et reins non palpables.
- **Organes génitaux.** Pénis circoncis, au stade 1 de Tanner ; pas de poils pubiens, de lésions, d'écoulement. Les testicules sont descendus mais difficiles à palper à cause d'un réflexe crémastérien vif. Bourses normales.
- **Appareil locomoteur.** Motilité normale des 4 membres et de toutes les articulations. Rachis rectiligne. Démarche normale.
- **Système nerveux.** *État mental* : enfant joyeux et coopératif. *Développement (DDST)* – Motricité globale : bondit et lance des objets. Motricité fine : imite un trait vertical. Langage : n'associe pas les mots ; prononce juste des mots isolés, trois ou quatre fois au cours de l'examen. Psychosocial : se lave le visage, se brosse les dents et enfile sa chemise. Dans l'ensemble : normal, sauf pour le langage, qui semble retardé. *Nerfs crâniens* : RAS, malgré les difficultés à étudier plusieurs d'entre eux. *Cervelet* : démarche normale, bon équilibre. *Réflexes ostéotendineux* : normaux et symétriques ; réflexe cutané plantaire en flexion. *Sensibilité* : pas étudiée.

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 18-1

Classification des nouveau-nés d'après leur âge gestationnel et leur poids de naissance



Petit PN pour l'AG (en anglais, SGA) = hypotrophes : PN < 10^e percentile de la courbe de croissance intra-utérine.

PN correspondant à l'AG (AGA) = eutrophiques : PN entre le 10^e et le 90^e percentile de la courbe de croissance intra-utérine.

PN excessif pour l'AG (LGA) = hypertrophes : PN > 90^e percentile de la courbe de croissance intra-utérine.

Courbes de croissance intra-utérine établies d'après le PN en fonction de l'AG, de nouveau-nés vivants, singletons, de race blanche. Le point A représente un prématuré ; le point B, un nouveau-né de même PN, qui est à terme mais hypotrophe. Les courbes de croissance visualisent les 10^e et 90^e percentiles de l'ensemble des nouveau-nés étudiés.

Classification des nouveau-nés de petit poids de naissance. *In* : Klaus MH, Fanaroff AA. Care of the High-Risk Neonate. 3rd ed. Philadelphia : WB Saunders, 1986.

TABLEAU 18-3

Hypertension artérielle de l'enfant

L'hypertension peut débiter dans l'enfance. Alors que les jeunes enfants hypertendus ont souvent une cause rénale, cardiaque ou endocrinienne, les adolescents hypertendus ont, en règle générale, une hypertension essentielle ou primitive.

Ce sujet a développé une hypertension pendant l'adolescence, qui a persisté à l'âge adulte. La PA des enfants a tendance à rester dans le même « couloir » quand ils grandissent. Cette tendance perdure à l'âge adulte, ce qui étaye l'idée que l'hypertension essentielle de l'adulte débute dans l'enfance.

Les conséquences d'une hypertension non traitée peuvent être graves.

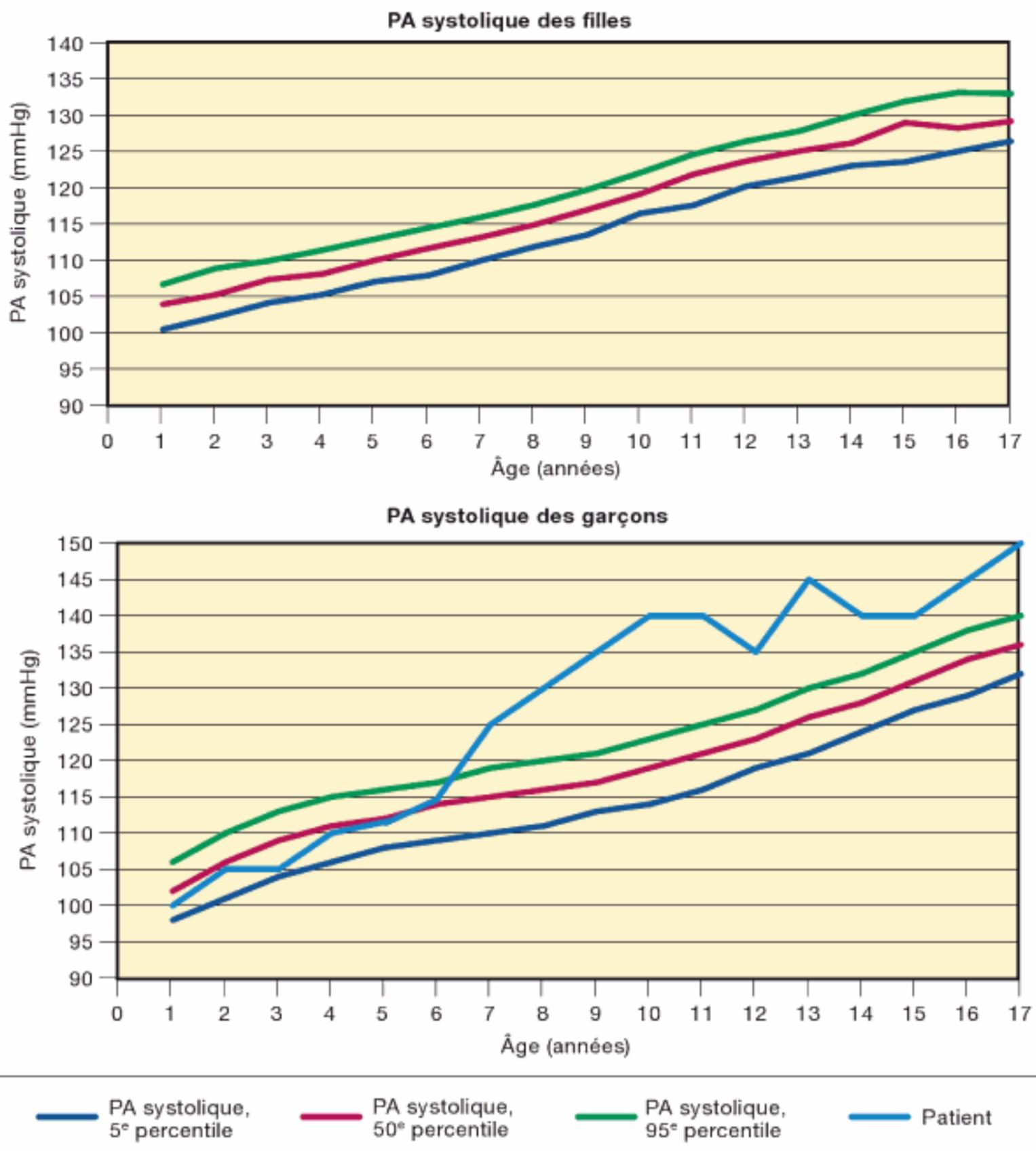


TABLEAU 18-4

Caractéristiques des souffles cardiaques organiques

Malformation cardiaque

Caractéristiques du souffle

Sténose valvulaire pulmonaire

Légère



Modérée



Sévère



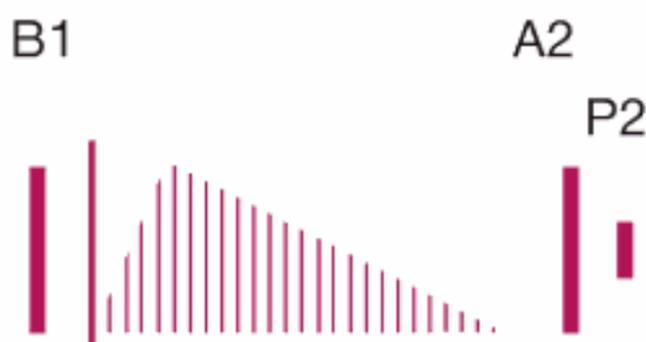
Localisation : partie supérieure du bord gauche du sternum

Irradiation : quand la sténose est peu serrée, le souffle peut être entendu sur le trajet des artères pulmonaires, dans les champs pulmonaires

Intensité : augmente en intensité et en durée avec le degré d'obstruction

Qualité : éjectionnel, maximal plus tard dans la systole quand l'obstruction augmente

Rétrécissement aortique orificiel



Localisation : milieu du sternum, partie supérieure du bord droit du sternum

Irradiation : vers les artères carotides et la fourchette sternale. Il peut aussi y avoir un *thrill*

Intensité : variable, plus forte quand le rétrécissement est plus serré

Qualité : un souffle systolique, éjectionnel, souvent rude



TABLEAU 18-4

Caractéristiques des souffles cardiaques organiques (suite)

Malformation cardiaque

Caractéristiques du souffle

Tétralogie de Fallot

Avec sténose pulmonaire



Avec atrésie pulmonaire



Transposition des gros vaisseaux

Généralités : cyanose variable, augmentant avec l'activité

Localisation : partie moyenne à supérieure du bord gauche du sternum. En cas d'atrésie pulmonaire, il n'y a pas de souffle systolique, mais un souffle continu de canal artériel persistant à la partie supérieure du bord gauche du sternum ou dans le dos

Irradiation : peu, vers la partie supérieure du bord gauche du sternum, parfois vers les poumons

Intensité : habituellement, grade 3-4/6

Qualité : souffle éjectionnel, systolique, à maximum méso-systolique

Généralités : cyanose généralisée intense

Localisation : pas de souffle caractéristique. La présence d'un souffle peut traduire un défaut associé, tel qu'une CIV ou un canal artériel persistant

Irradiation et qualité : dépendent des anomalies associées



TABLEAU 18-4

Caractéristiques des souffles cardiaques organiques (*suite*)

Malformation cardiaque

Caractéristiques du souffle

Communication interventriculaire

Petite à moyenne



Localisation : partie inférieure du bord gauche du sternum

Irradiation : peu

Intensité : variable, en partie déterminée par l'importance du shunt. Les petits shunts, avec un gradient de pression élevé, peuvent souffler très fort. Les grandes communications, avec des résistances vasculaires pulmonaires élevées, peuvent ne pas souffler. Grade 2-4/6 avec un *thrill* à partir du grade 4

TABLEAU 18-6 Stades de maturation sexuelle (SMS) des garçons

Pour attribuer un SMS aux garçons, étudiez chacun des trois caractères sexuels séparément. Cotez séparément les organes génitaux et la pilosité pubienne. Si les stades de développement du pénis et des testicules sont différents, faites la moyenne des deux afin d'obtenir le score génital.

Organes génitaux

Pilosité pubienne

Pénis

Testicules et scrotum

Stade 1

Préadolescence : pas de pilosité pubienne sauf le duvet semblable à celui de l'abdomen

Préadolescence : taille et proportions semblables à celles de l'enfance

Préadolescence : taille et proportions semblables à celles de l'enfance

Stade 2



Croissance clairsemée de grands poils légèrement pigmentés, duveteux, droits ou seulement légèrement frisés, situés pour l'essentiel à la base du pénis

Agrandissement modéré ou nul

Testicules augmentés de volume. Scrotum plus grand, un peu rougeâtre, dont la texture se modifie



TABLEAU 18-6

Stades de maturation sexuelle (SMS) des garçons (suite)

Stade 3		Pilosité plus sombre, plus rêche et frisée, au développement peu abondant sur la symphyse pubienne	Agrandissement surtout en longueur	Poursuite de l'agrandissement
Stade 4		Pilosité rêche et frisée, comme chez l'adulte ; elle recouvre des zones plus étendues qu'au stade 3, mais pas aussi grandes que chez l'adulte, et n'intéresse pas encore les cuisses	Poursuite de l'agrandissement en longueur et en largeur avec développement du gland	Poursuite de l'agrandissement ; la peau du scrotum devient plus sombre
Stade 5		Pilosité adulte en quantité et en qualité, s'étendant sur la région interne des cuisses mais ne remontant pas sur l'abdomen	Dimensions et forme de l'adulte	Dimensions et forme de l'adulte

Photographies reprises de *Pediatric Endocrinology and Growth*, 2nd ed., Wales & Wit, 2003, avec l'autorisation d'Elsevier.

TABLEAU 18-7

Stades de maturation sexuelle des filles : la pilosité pubienne

Stade 1

Préadolescence : pas de pilosité pubienne, sauf le duvet semblable à celui de l'abdomen

Stade 2



Croissance clairsemée de longs poils légèrement pigmentés, duveteux, droits ou à peine bouclés, surtout le long des grandes lèvres

Stade 3



Pilosité plus sombre, plus rêche et frisée, peu abondante sur la symphyse pubienne



TABLEAU 18-7

Stades de maturation sexuelle des filles : la pilosité pubienne (*suite*)

Stade 4



Pilosité rêche et frisée, comme chez l'adulte ; elle recouvre une zone plus étendue qu'au stade 3, mais pas autant que chez l'adulte et ne descend pas encore sur les cuisses

Stade 5



Pilosité adulte en quantité et en qualité, s'étendant sur la face interne des cuisses mais ne remontant pas sur l'abdomen

Photographies reproduites avec l'autorisation de l'*American Academy of Pediatrics*.

TABLEAU 18-8

Signes physiques d'abus sexuel**Signes physiques qui peuvent faire suspecter un abus sexuel chez un enfant***

1. Dilatation immédiate et marquée de l'anوس en position g nupectorale, en l'absence de constipation, de matières dans l'ampoule rectale et de troubles neurologiques.
2. Encoche ou fente de l'hymen intéressant plus de 50 % du bord inférieur de l'hymen, confirmée en position g nupectorale.
3. Condylomes acuminés chez un enfant de plus de trois ans.
4. Hématomes, érosions, déchirures ou traces de morsure sur les lèvres ou autour de l'hymen.
5. Herpès de la région anogénitale au-delà de la période néonatale.
6. Pertes vaginales purulentes ou malodorantes chez une jeune fille (tous les écoulements doivent être cultivés et examinés au microscope pour rechercher une maladie sexuellement transmise).

Signes physiques qui font fortement suspecter un abus sexuel chez un enfant*

1. Déchirures, ecchymoses et cicatrices récentes de l'hymen ou de la fourchette vaginale.
2. Absence d'hymen de 3 à 9 heures (constatée dans différentes positions).
3. Sections transversales cicatrisées de l'hymen, notamment entre 3 et 9 heures (fente complète).
4. Déchirures péri-anales atteignant le sphincter externe.

Tout enfant qui présente des signes physiques inquiétants doit être évalué par un expert m dicojudiciaire spécialisé (anamnèse complète et examen spécialisé).

* Tout signe physique doit être interprété à la lumière de l'anamnèse complète, des autres parties de l'examen physique et des résultats des examens de laboratoire.

- *L'état de santé actuel* : les facteurs de risque qui peuvent être dommageables pour la mère ou pour le fœtus. Questionnez la mère sur ses habitudes alimentaires et appréciez la qualité de sa nutrition. Fume-t-elle, boit-elle de l'alcool ou consomme-t-elle des drogues illégales ? Prend-elle des médicaments ? Ou est-elle exposée à des substances toxiques ? Quelles sont ses ressources et son milieu social ? Y a-t-il des causes de stress inhabituel à la maison ou au travail ? Y a-t-il des antécédents d'abus sexuel ou de violence conjugale ?
- Les *antécédents obstétricaux* : a-t-elle eu des complications lors des grossesses précédentes, accouchements compris ? A-t-elle eu un enfant prématuré ou hypotrophe, ou encore trop gros pour l'âge gestationnel ? A-t-elle fait des fausses couches ?
- Les *antécédents médicaux* : recherchez des maladies aiguës ou chroniques, notamment une hypertension artérielle, un diabète sucré, des affections cardiaques, un asthme, un lupus érythémateux aigu disséminé, des convulsions, des maladies sexuellement transmises, une exposition *in utero* au diéthylstilbestrol, ou une infection par le VIH.
- Recherchez également des *antécédents familiaux* de maladie chronique ou génétique, comme la drépanocytose, la mucoviscidose ou la dystrophie musculaire.
- *Âge gestationnel et date prévue de l'accouchement* :
 - Pour déterminer *l'âge gestationnel (AG) en semaines*, comptez le nombre de semaines écoulées à partir : 1) du premier jour des dernières règles, ce qui vous donne *l'âge menstruel*, en semaines d'aménorrhée (SA), ou 2) de la date de la conception, si celle-ci est connue, ce qui vous donne *l'âge conceptionnel*, en semaines de grossesse. La durée théorique de la gestation sera utile pour apprécier la taille de l'utérus, mais cela suppose que les dernières règles étaient normales et leur date retenue avec précision, et que la conception a vraiment eu lieu. Au cours de l'examen, comparez la taille présumée de l'utérus à la taille palpée, si cet organe est encore dans la cavité pelvienne, ou avec la hauteur du fond utérin, s'il

dépasse la symphyse pubienne. En cas de discordance, recherchez les causes possibles.

- Le premier jour des dernières règles (DR) permet aussi de calculer la date prévue de l'accouchement (DPA), c'est-à-dire le moment prévu de l'accouchement à terme, en supposant des cycles menstruels réguliers de 28 à 30 jours. Utilisez la *règle de Naegele*, qui détermine la DPA en rajoutant 7 jours au premier jour des dernières règles, puis en soustrayant 3 mois et en rajoutant 1 an. Cette date peut être l'une des premières questions que vous pose la future mère.
- Si la femme n'arrive pas à se rappeler de la date de ses dernières règles ou a des cycles menstruels irréguliers, ou si la datation est incertaine, une échographie par voie endovaginale est nécessaire pour préciser l'AG au premier trimestre de grossesse.
- Établissez la fréquence souhaitable des *consultations prénatales suivantes*. Ces consultations comprendront la mesure de la pression artérielle (PA), la pesée, la palpation du fond utérin (hauteur utérine) pour apprécier la croissance fœtale, l'auscultation des bruits du cœur fœtal et la détermination de la présentation et des mouvements du fœtus.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Nutrition.
- Prise de poids.
- Exercice physique.
- Arrêt de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues.
- Dépistage de la violence conjugale.
- Vaccinations.

Exercice physique. Les recommandations 2002 de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) préconisent que, en accord avec leur médecin et en l'absence de contre-indications, les femmes enceintes aient une activité physique modérée pendant environ 30 minutes, presque tous les jours de la semaine. Les femmes qui débutent une activité physique pendant la grossesse doivent recourir à des programmes spécialement mis au point pour les femmes enceintes. Après le premier trimestre, les femmes enceintes doivent éviter l'exercice en décubitus dorsal, qui peut comprimer la veine cave inférieure et diminuer le débit sanguin vers le placenta. Elles doivent aussi interrompre leur effort si elles se sentent fatiguées ou mal à l'aise et éviter d'avoir trop chaud et de se déshydrater.

Arrêt de la consommation de tabac. Il faut arrêter toute consommation de tabac. Le tabagisme est lié à des *complications du travail*, telles que l'hématome rétroplacentaire, le placenta *praevia*, l'accouchement prématuré, l'hypotrophie fœtale, et même la mort périnatale.

Dépistage de la violence conjugale. Sa prévalence est comprise entre 7 et 20 % pendant la grossesse, et elle peut aboutir au meurtre de la mère et parfois du fœtus. L'ACOG recommande de rechercher chez toutes les femmes une histoire de *violence conjugale* qui pourrait s'aggraver pendant la grossesse. Les indices en sont de fréquents changements de rendez-vous à la dernière minute, le comportement pendant l'entrevue, des céphalées ou des douleurs abdominales chroniques, et des ecchymoses et d'autres signes de traumatisme.

Les cliniciens doivent poser des questions directes de façon neutre, dans un cadre privé, à **chaque consultation prénatale**. Par exemple, vous pouvez demander : « Depuis le début de la grossesse, quelqu'un vous a-t-il giflé ou fait mal d'une façon ou d'une autre ? » Les femmes doivent avoir plusieurs occasions de parler de sévices, parce qu'elles peuvent ne pas se sentir en sécurité et craindre des représailles. Validez les réponses positives et notez les zones traumatisées sur un schéma du corps. Plus important, en cas

TÊTE ET COU

- *Face.* Recherchez le masque de grossesse (*chloasma*), des taches brunâtres sur le front et les joues, la racine du nez et la mâchoire.
- *Cheveux.*
- *Yeux.* Notez la coloration des conjonctives.
- *Nez,* y compris une congestion nasale.
- *Bouche.*
- *Thyroïde.* Inspectez et palpez la glande. Une discrète hypertrophie est fréquente.

Œdème de la face après 24 semaines dans l'hypertension gravidique

Une pelade ne doit pas être attribuée à la grossesse

L'anémie de la grossesse peut donner une pâleur conjonctivale

Les épistaxis sont fréquentes

Fréquence de l'hypertrophie gingivale

Une hypertrophie importante est anormale et doit être explorée

THORAX ET POUMONS

Inspectez le thorax : contours et type de respiration.

Alcalose respiratoire au 2^e et au 3^e trimestre

CŒUR

Palpez le choc de la pointe du cœur.

Le choc de la pointe peut être situé un peu plus haut, dans le 4^e espace intercostal gauche, du fait d'une rotation du cœur vers la gauche consécutive à l'ascension du diaphragme

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Auscultez le cœur. Un bruit de diable et un souffle mammaire systolique ou continu (voir p. 211-212) sont fréquents.

Tout souffle diastolique d'apparition récente doit être exploré

SEINS

Inspectez les seins et les mamelons : symétrie et couleur.

Le réseau veineux peut être accentué, les mamelons et les aréoles sont foncés et les tubercules de Montgomery proéminents

Palpez-les, à la recherche de masses.

Pendant la grossesse, les seins sont sensibles et nodulaires

Comprimez les deux mamelons entre le pouce et l'index.

Vous pouvez exprimer du colostrum des mamelons

ABDOMEN

Installez la femme enceinte en position demi-assise, avec les genoux fléchis.



Inspectez :

- les cicatrices et les vergetures éventuelles

Vergetures pourpres et ligne brune sont normales pendant la grossesse

TECHNIQUES D'EXAMEN

Auscultez le cœur fœtal, et notez sa fréquence, son rythme (RCF), et sa localisation. Un Sonicaide détecte le RCF après 10 semaines. Le RCF est audible avec un stéthoscope fœtal après 18 semaines :

- de 12 à 18 semaines, auscultez la partie basse de l'abdomen, sur la ligne médiane
- après 28 semaines, auscultez sur le dos ou le thorax du fœtus. Utilisez les *manœuvres de Léopold* modifiées pour palper la tête et le dos du fœtus et savoir où ausculter

La *fréquence cardiaque* est habituellement aux alentours de 160/min en début de grossesse, puis elle se ralentit à 120-140/min au voisinage du terme. À partir de 32-34 semaines, le RCF s'accélère avec les mouvements du fœtus.

Rythme. Au troisième trimestre, attendez-vous à une variabilité de 10 à 15 battements/min (BPM) sur 1 à 2 minutes.

CONSTATATIONS POSSIBLES

La non-audition du RCF peut indiquer une grossesse plus jeune qu'alléguée, une mort *in utero* ou une grossesse nerveuse

Un RCF qui chute notablement près du terme, lors des mouvements fœtaux, peut indiquer une mauvaise circulation placentaire

L'absence de variabilité des BPM en fin de grossesse justifie un enregistrement du RCF avec un cardiotocographe

ORGANES GÉNITAUX, ANUS ET RECTUM

Inspectez les *organes génitaux externes*.

Relâchement de l'orifice vaginal chez les multipares, hypertrophie des lèvres et du clitoris, cicatrices d'une *épisiotomie* ou d'une déchirure périnéale

Inspectez l'*anus*.

Des hémorroïdes peuvent devenir turgescents en fin de grossesse

Palpez les *glandes de Bartholin* et de *Skène*.

Recherchez une *cystocèle* ou une *rectocèle*.

Examen au spéculum. Inspectez le *col utérin* : couleur, forme, et cicatrices de déchirures.

Couleur violacée dans la grossesse ; déchirures dues à des grossesses antérieures

Faites des *frottis cervicaux*, si c'est indiqué.

Des prélèvements peuvent être nécessaires au diagnostic d'infection vaginale ou cervicale

Inspectez les *parois vaginales*.

Couleur bleuâtre ou violacée, plis profonds, leucorrhée au cours de la grossesse normale ; irritation vaginale, démangeaisons, et pertes dans l'infection

Toucher vaginal. Introduisez deux doigts gantés et lubrifiés dans l'introitus, pulpes vers le bas, en exerçant une légère pression vers le bas, sur le périnée. Faites glisser les doigts sur le dôme postérieur du vagin.

MEMBRES

Inspectez les membres inférieurs, à la recherche de *varices*.

Inspectez les mains et les pieds, à la recherche d'*œdèmes*.

Vérifiez les *réflexes* rotuliens et achilléens.

Un œdème pathologique est souvent 3+ ou plus sur les crêtes tibiales

Après 24 semaines, des réflexes vifs (> 2+) peuvent suggérer une hypertension gravidique

→ TECHNIQUE SPÉCIALE

MANŒUVRES DE LEOPOLD

Les manœuvres de Léopold permettent de déterminer :

- la *position du fœtus*, c'est-à-dire comment le fœtus est placé par rapport au rachis de la mère (longitudinale ou transversale)
- sa *présentation*, c'est-à-dire le pôle du fœtus qui se présente au détroit supérieur (la tête ou les fesses)
- la localisation du dos fœtal
- l'*engagement*, c'est-à-dire le degré de descente de la présentation dans le bassin de la mère
- le poids estimé du fœtus

Les variantes fréquentes comportent la *présentation du siège* (les fesses constituent la présentation), et le non-engagement : la présentation n'est pas descendue dans le petit bassin de la mère, à terme

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

*Première manœuvre
(pôle supérieur)*

Tenez-vous à côté de la femme, en lui faisant face. Gardez les doigts des deux mains qui examinent joints. Palpez doucement, avec la pulpe des doigts, pour déterminer quelle partie du fœtus se trouve dans le fond de l'utérus.

*Deuxième manœuvre
(parties latérales)*

Mettez les mains de chaque côté de l'abdomen de la femme, afin de coincer le corps du fœtus entre elles. Utilisez une main pour bloquer l'utérus et l'autre pour palper le fœtus.

*Troisième manœuvre
(pôle inférieur)*

Tournez-vous en direction des pieds de la femme. Palpez la zone juste au-dessus de la symphyse pubienne. Notez si les mains s'écartent ou restent en contact quand vous appuyez vers le bas, pour savoir si la présentation du fœtus, tête ou siège, descend dans le petit bassin.



*Quatrième manœuvre
(confirmation de la
présentation)*

Avec la main dominante, saisissez la partie du fœtus qui constitue le pôle inférieur et, avec l'autre main, celle qui constitue le pôle supérieur. Essayez de faire la distinction entre la tête et les fesses.



CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : la femme enceinte

« *Abdomen* : pas de cicatrice chirurgicale. Bruits intestinaux présents. Souple, indolore ; pas d'hépatosplénomégalie ni de masses palpables. Fond utérin perçu à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; forme ovoïde et lisse. RCF = 144/min. Pas d'adénopathie inguinale. *Organes génitaux externes* : cicatrice d'épisiotomie médiane. Pas de lésions, de pertes ni de signes d'infection. *Toucher vaginal* : col médian, mou, de 4 cm de long ; orifice externe admettant la pulpe d'un doigt ; orifice interne fermé. Pas de douleur à la mobilisation du col ; pas de masses annexielles. Hauteur utérine correspondant à 20 semaines ; fond utérin médian et lisse ; tonus vaginal diminué. »

(Décrit l'examen d'une femme enceinte, bien-portante, à 20 semaines de gestation)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

→ Approche du patient

Quand vous parlez à des sujets âgés, faites preuve de respect, de patience et de vigilance culturelle. Appelez les patients par leur nom de famille.

Aménager la pièce de consultation. Assurez-vous que le cabinet n'est ni trop froid ni trop chaud. Placez-vous directement en face du patient, assis à hauteur de ses yeux. Une pièce bien éclairée permet au sujet âgé de voir votre mimique et vos gestes.

Plus de 50 % des sujets âgés ont des déficits auditifs. Supprimez les sources de distraction ou de bruit dans la pièce. Envisagez d'utiliser un microphone – pour amplifier votre voix – relié à une oreillette mise en place par le patient. Des chaises avec une assise haute et un grand tabouret, avec une rampe pour monter sur la table d'examen, rendront service aux patients qui ont des quadriceps faibles.

Adapter le contenu et le rythme de la consultation. Les sujets âgés évoquent souvent des souvenirs. Écoutez ce processus de remémoration pour obtenir des aperçus importants, et aidez les patients à parler de leurs souffrances ou de leurs joies et de leurs réussites.

Mettez en balance la nécessité d'évaluer des problèmes complexes avec l'endurance et la possible fatigue du patient. Pensez à répartir la première évaluation sur deux consultations.

Obtenir les symptômes du sujet âgé. Les sujets âgés ont tendance à surestimer leur état de santé même quand l'aggravation d'une maladie ou d'une invalidité est évidente. Pour réduire le risque de diagnostic et d'intervention tardifs, utilisez des questions plus orientées ou des *outils de dépistage sanitaire*. Consultez les membres de la famille et les personnes qui s'occupent d'eux.

Les maladies aiguës se présentent différemment chez les sujets âgés. Faites attention aux modifications de présentation de l'infarctus du myocarde et des maladies de la thyroïde. Les sujets âgés infectés ont moins souvent de la fièvre.

Reconnaissez les groupements de symptômes évocateurs de divers *syndromes gériatriques*, caractérisés par l'interaction et la probable synergie de plusieurs facteurs de risque, par exemple, les chutes, les étourdissements, la dépression, l'incontinence urinaire et les déficits fonctionnels. La recherche d'un « diagnostic unique » peut ne convenir qu'à moins de 50 % des sujets âgés.

Des troubles cognitifs peuvent affecter l'anamnèse du patient. Même des sujets très âgés ayant de légers troubles cognitifs peuvent donner des renseignements suffisants pour révéler leurs troubles actuels. Utilisez des phrases simples pour obtenir les informations indispensables. Chez les patients plus gravement atteints, faites confirmer les symptômes principaux par les proches ou les soignants.

Tenir compte des dimensions culturelles du vieillissement. En 2050, le nombre de sujets âgés sera multiplié par 2,3 et le nombre des sujets âgés appartenant à des minorités par 5,1. Les différences culturelles influent sur l'épidémiologie des maladies et la santé mentale, le processus d'acculturation, les inquiétudes particulières des personnes âgées, la possibilité d'erreurs de diagnostic, et la disparité des évolutions. Revoyez les composantes de la conscience de soi, indispensables à la compétence culturelle discutée au chapitre 3 (p. 61-63). Enquêtez-vous de conseillers spirituels et de guérisseurs traditionnels. Les valeurs culturelles affectent en particulier les décisions de fin de vie. Les anciens, la famille, et même un groupe communautaire peuvent prendre ces décisions, avec ou pour le sujet âgé.

Caractéristiques de la douleur aiguë et persistante

Douleur aiguë	Douleur persistante (chronique)
Début net	Dure plus de 3 mois
Pathologie évidente	Souvent associée à des altérations psychologiques ou fonctionnelles
Durée brève	Peut varier dans le temps, en qualité et en intensité
Causes fréquentes : postopératoire, traumatisme, céphalées	Causes fréquentes : rhumatisme, cancer, claudication, crampes des membres inférieurs, névrite, radiculite

Source : Reuben DB, Herr KA, Pacala JT *et al.* *Geriatrics at your Fingertips*. 6th ed. Malden, MA : Blackwell Publishing, Inc., for the American Geriatrics Society, 2004 : 149.

Tabac et alcool. À chaque consultation, conseillez aux fumeurs âgés d'arrêter de fumer.

On estime que 5 à 10 % des adultes de plus de 65 ans ont des problèmes liés à l'alcool, et on s'attend à une augmentation de ce pourcentage avec le vieillissement de la population dans les prochaines décennies. Malgré la prévalence des problèmes d'alcool chez les sujets âgés, les taux de détection et de traitement sont faibles. Utilisez le questionnaire CAGE pour découvrir un problème de boisson (voir p. 59).

Directives anticipées et soins palliatifs. Les dispensateurs de soins doivent aborder ces sujets de discussion avant que n'apparaisse une maladie grave. La planification des soins à l'avance suppose d'informer le patient, de solliciter ses préférences, d'identifier les personnes de confiance ou les mandataires de santé, et de manifester de l'empathie et du soutien. Utilisez un langage clair et simple. Questionnez le patient sur ses préférences concernant les ordres écrits de « ne pas réanimer » (DNR : « *Do Not Resuscitate* »), spécifiant les mesures de suppléance des fonctions vitales « au cas où le cœur ou les poumons s'arrêteraient de fonctionner ».

Incitez le patient à désigner par écrit une personne de confiance ou à donner un pouvoir à un homme de loi pour les soins médicaux, « quelqu'un qui pourra prendre des décisions conformes à vos volontés en cas de confusion ou d'urgence ». Il vaut mieux que ces discussions aient lieu dans un cabinet médical que dans le cadre incertain et stressant de l'urgence ou des soins aigus.

Le but des *soins palliatifs* est « de soulager la souffrance et d'améliorer la qualité de vie des patients arrivés à un stade avancé de leur maladie, et de leurs familles, grâce à des connaissances et des compétences particulières, qui comprennent la communication avec le patient et ses parents ; la prise en charge de la douleur et des autres symptômes ; un soutien psychosocial, spirituel et comportemental ; et la coordination de tous les services médicaux et sociaux ».

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils chez les sujets âgés

- Quand dépister.
- Dépistage du cancer.
- Démence et légers troubles cognitifs.
- Maltraitance des personnes âgées.

Quand dépister. Avec l'allongement de la durée de vie au-delà de 80 ans, de nouveaux problèmes se posent pour le dépistage. En général, fondez les décisions de dépistage sur le contexte propre à chaque personne âgée plutôt que seulement sur l'âge. Prenez en considération l'espérance de vie, le temps nécessaire pour tirer profit du dépistage, et les préférences du patient. Si l'espérance de vie est brève, l'*American Geriatrics Society* (AGS) recommande de donner la priorité aux traitements profitables au patient pour le temps qu'il lui reste à vivre.

- Dépistez les changements de la *vision* et de l'*audition* dus à l'âge. Ils figurent dans le « Dépistage gériatrique en 10 minutes » (voir p. 481-482).
- Recommandez une *activité physique* aérobie régulière. Les exercices de résistance et le Tai Chi peuvent être très utiles pour améliorer l'équilibre.
- Les *vaccinations* comprennent le vaccin antipneumococcique une fois après 65 ans, le vaccin antigrippal annuellement après 65 ans, et le vaccin contre le zona.
- Encouragez la *sécurité à la maison*. Corrigez un éclairage faible, des chaises trop hautes, des surfaces irrégulières ou glissantes et des dangers environnementaux.

Dépistage du cancer. Le *dépistage de certains cancers* est controversé compte tenu des preuves limitées en faveur de sa mise en œuvre chez les adultes de plus de 70-80 ans :

- l'AGS recommande une *mammographie* tous les ans ou tous les deux ans pour dépister le cancer du sein jusqu'à 75 ans, puis tous les 2 à 3 ans tant que l'espérance de vie reste supérieure à 4 ans ;
- 40 à 50 % des décès par cancer du col touchent des femmes de plus de 65 ans. Prélevez des frottis cervicaux tous les 1 à 3 ans jusqu'à l'âge de 65-70 ans, s'il n'y a pas d'antécédent de pathologie cervicale ;
- une coloscopie est recommandée pour dépister le cancer du côlon tous les 10 ans, à partir de 50 ans. Cet examen est pénible pour nombre de sujets âgés, qui peuvent le refuser malgré vos incitations ;
- recherchez un cancer de la peau et un cancer de la bouche chez les patients à risque élevé.

Démence et légers troubles cognitifs. La *démence* est un « syndrome acquis de déclin de la mémoire et d'au moins un autre secteur cognitif, tel que le langage, la capacité visuospatiale ou la fonction exécutive, suffisant pour perturber le fonctionnement social et professionnel de quelqu'un ». Elle touche 16 % des Américains de plus de 65 ans. Ses grandes caractéristiques sont :

- des troubles de la mémoire, à court et à long terme, et du jugement ;
- un appauvrissement des processus de la pensée ;
- un langage hésitant, par suite de difficultés à trouver ses mots ;
- une perte de l'orientation dans l'espace.

La plupart des démences séniles sont des maladies d'Alzheimer (50 à 85 %) ou des démences vasculaires par infarctus cérébraux multiples (10 à 20 %). La démence a souvent un début lent et insidieux. Elle peut échapper à la vigilance des familles et des cliniciens, notamment aux stades précoces de *l'altération cognitive légère*, qui peut n'être détectée que par des tests cognitifs. Recherchez des problèmes de mémoire, plus tard des changements des fonctions cognitives ou des AVQ. Écoutez les plaintes de la famille au sujet de comportements nouveaux ou inhabituels. Recherchez des facteurs favorisants, tels que des traitements, une dépression, des troubles métaboliques, ou d'autres affections médicales ou psychiatriques.

Maltraitance des personnes âgées. Dépistez de possibles *mauvais traitements*, qui comprennent les sévices, la négligence, l'exploitation et l'abandon. Leur prévalence est environ de 1 à 5 % dans la population âgée ; cependant, un certain nombre de cas restent méconnus.

Dépistage gériatrique en 10 minutes

Problème et mesure de dépistage	Dépistage positif
<p>Vision. Deux temps :</p> <p>Demandez : « Avez-vous du mal à conduire, ou à regarder la télévision, ou à lire, ou à accomplir l'une ou l'autre de vos activités quotidiennes à cause de votre vue ? »</p> <p>Si oui, testez alors chaque œil avec une échelle de Snellen, le patient étant muni de ses verres correcteurs (si c'est applicable).</p>	<p>Une réponse par « oui » et une acuité visuelle $\leq 5/10$ sur l'échelle de Snellen</p>
<p>Audition : utilisez un audiomètre réglé à 40 dB et testez l'audition aux fréquences de 1 000 et 2 000 Hz.</p>	<p>Incapacité d'entendre 1 000 ou 2 000 Hz dans les deux oreilles, ou les 2 fréquences dans une oreille</p>
<p>Mobilité des membres inférieurs. Chronométrez le patient après lui avoir demandé : « Levez-vous de la chaise, parcourez rapidement 6 mètres, faites demi-tour, retournez à la chaise et asseyez-vous. »</p>	<p>Incapacité d'accomplir le tout en moins de 15 secondes</p>
<p>Incontinence urinaire. Deux temps :</p> <p>Demandez : « Au cours de l'année écoulée, avez-vous perdu des urines et vous êtes-vous mouillé ? »</p> <p>Si oui, demandez alors : « Avez-vous perdu des urines à au moins 6 reprises, à des dates différentes ? »</p>	<p>« Oui » aux deux questions</p>
<p>Nutrition/perte de poids. Deux temps :</p> <p>Demandez : « Avez-vous maigri de 5 kg ou plus au cours des 6 derniers mois, sans faire de régime ? »</p> <p>Pesez le patient.</p>	<p>« Oui » à la question, ou un poids < 45 kg</p>
<p>Mémoire. Se rappeler 3 items.</p>	<p>Incapacité de se rappeler les 3 items au bout de 1 minute</p> <p style="text-align: right;">➔</p>

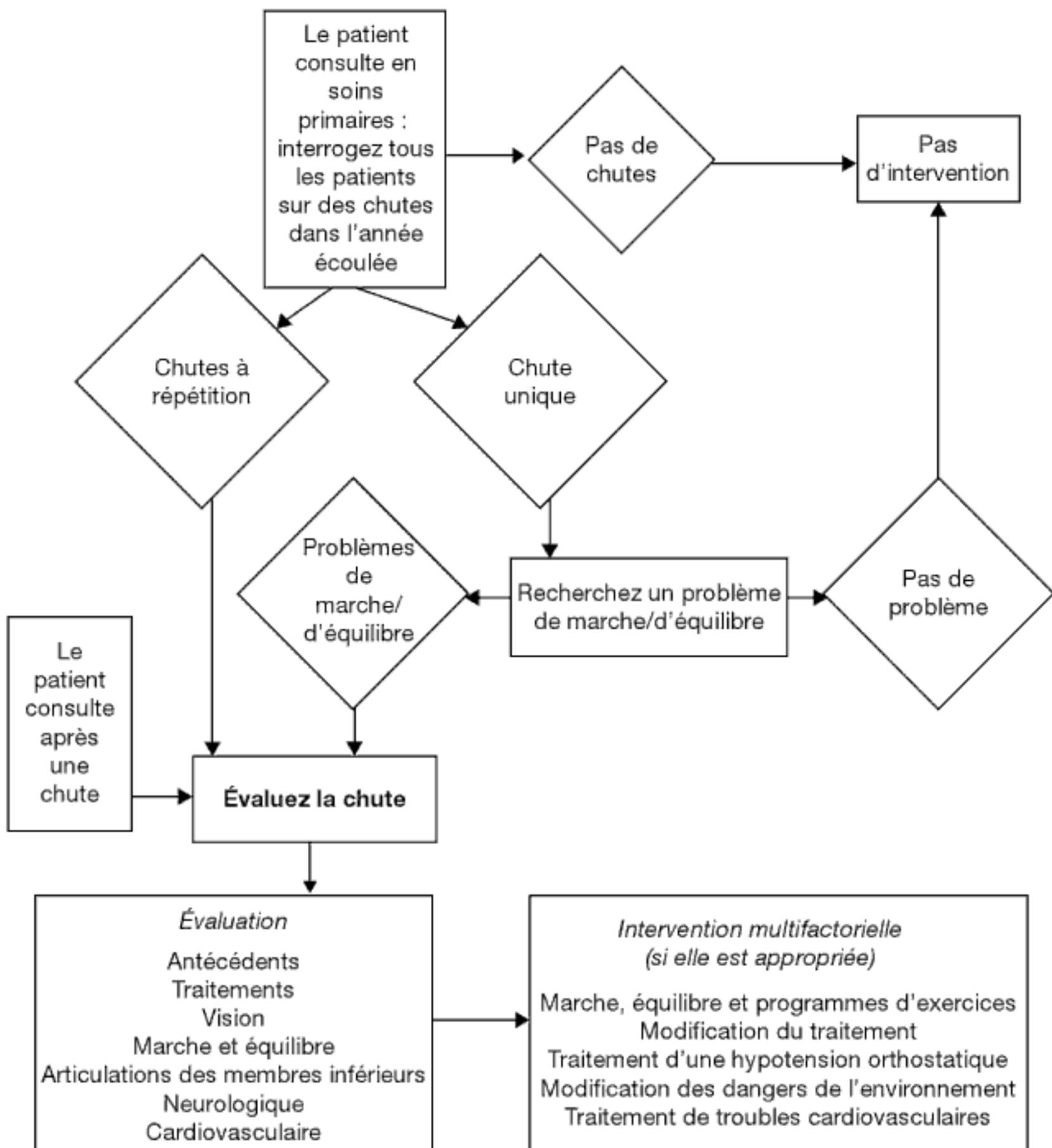
Dépistage gériatrique en 10 minutes (<i>suite</i>)	
Problème et mesure de dépistage	Dépistage positif
Dépression. Demandez : « Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ? »	« Oui » à la question
Handicap physique. Six questions : « Êtes-vous capable de... : « Faire des activités fatigantes telles qu'une marche rapide ou du vélo ? » « Faire des gros travaux dans la maison, comme laver les vitres, les murs ou les sols » « Aller acheter des aliments ou des vêtements ? » « Aller dans des endroits éloignés ? » « Vous laver avec une éponge, prendre un bain ou vous doucher ? » « Vous habiller, c'est-à-dire enfiler une chemise, fermer des boutons, tirer une fermeture éclair ou vous chausser ? »	« Non » à n'importe laquelle de ces questions

Source : More AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly : clinical confirmation of a screening instrument. *Am J Med* 1996 ; 100 : 438-40.

Évaluation plus poussée des chutes. Chaque année, à peu près 35 à 40 % des sujets âgés vivant à domicile font des chutes. L'incidence à l'hôpital et en maison de retraite atteint presque le triple, avec des blessures dans environ 25 % des cas.

L'AGS recommande d'évaluer les facteurs de risque de chute au cours des examens systématiques en soins primaires, et de renforcer cette évaluation dans les groupes à risque élevé – ceux qui ont fait une ou plusieurs chutes, les pensionnaires des maisons de retraite et ceux qui ont tendance à se blesser en tombant. Déterminez comment la chute est survenue, en demandant des détails aux témoins, et identifiez les facteurs de risque, les comorbidités, l'état fonctionnel et les risques environnementaux. Couplez cette évaluation à des actions préventives, comme les exercices de marche et

d'équilibre et les exercices de musculation, la réduction des dangers domestiques, l'arrêt des médicaments psychotropes, et une évaluation multifactorielle pour des interventions ciblées. Les recommandations de l'AGS sur l'évaluation et les interventions multifactorielles sont présentées ci-dessous.



American Geriatric Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons. Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2001 ; 49 (5) : 664-72.

EXAMEN PHYSIQUE DU SUJET ÂGÉ

Constantes vitales. Mesurez la pression artérielle (PA), à la recherche d'une élévation de la PA systolique et d'un élargissement de la PA différentielle (la PA systolique moins la PA diastolique).

Recherchez une hypotension orthostatique, définie par une chute de la PA systolique ≥ 20 mmHg ou de la PA diastolique ≥ 10 mmHg après moins de 3 minutes de station debout. Mesurez la PA dans deux positions : en décubitus dorsal, après 10 minutes de repos, puis dans les 3 minutes suivant le passage en position debout.

Revoyez les catégories du JNC VII ; elles vous permettront de détecter et de traiter précocement une hypertension artérielle.

Mesurez la fréquence cardiaque (FC), la fréquence respiratoire et la température. La fréquence du choc de la pointe du cœur peut être plus informative dans les troubles du rythme chez les sujets âgés. Utilisez des thermomètres précis pour les basses températures.

Une *hypertension systolique isolée* (PA systolique ≥ 140 mmHg) après 50 ans triple le risque de maladie coronarienne chez les hommes. Une PA différentielle ≥ 60 mmHg est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire et rénale et d'AVC

Une *hypotension orthostatique* se voit chez 10 à 20 % des sujets âgés et chez près de 30 % de ceux qui vivent en maison de retraite, notamment le matin, au lever. Elle peut se manifester par des étourdissements, une faiblesse, une instabilité, une vision brouillée et, chez 20 à 30 % des patients, par une syncope

Recherchez des traitements, des troubles végétatifs, un diabète sucré, un repos au lit prolongé, une spoliation sanguine et des troubles cardiovasculaires

Une fréquence respiratoire ≥ 25 mouvements respiratoires/minute indique une infection respiratoire basse

L'hypothermie est plus fréquente chez les vieillards

TECHNIQUES D'EXAMEN

Le poids et la taille sont très importants et nécessaires au calcul de l'indice de masse corporelle (p. 71). Il faut peser les patients à chaque consultation.

Peau. Notez les modifications physiologiques dues au vieillissement, telles que l'amincissement, la perte de tissu élastique et de turgor, et la formation de rides.

Vérifiez la face d'extension des mains et des avant-bras.

Recherchez des lésions dues à l'exposition au soleil. Il peut s'agir d'un *lentigo sénile* (taches hépatiques) ou d'une *kératose actinique*, des papules planes superficielles surmontées d'une squame sèche (p. 124).

Recherchez, par l'inspection, des *comédons* ou points noirs, sur les joues et autour des yeux ; des *taches rubis* (p. 122), et des *kératoses séborrhéiques* (p. 124).

CONSTATATIONS POSSIBLES

Un poids faible est un indicateur clé de dénutrition

La dénutrition se voit dans la dépression, l'alcoolisme, les troubles cognitifs, les cancers, les insuffisances viscérales chroniques (cardiaque, rénale, pulmonaire), la consommation de médicaments, l'isolement social et la pauvreté

Peau sèche, squameuse, rugueuse et souvent prurigineuse

Plaques blanches dépigmentées (*pseudo-cicatrices*) ; macules ou plaques violettes, bien délimitées, qui s'effacent en plusieurs semaines (*purpura actinique*)

Distinguez ces lésions d'un *épithélioma basocellulaire* et d'un *épithélioma spinocellulaire* (p. 124). Lésion asymétrique, surélevée et foncée, avec des bords irréguliers, d'un *mélanome*

TECHNIQUES D'EXAMEN

Recherchez des lésions vésiculeuses douloureuses dans le territoire d'un dermatome.

Chez les sujets alités, surtout s'ils sont cachectiques ou neurologiquement atteints, inspectez complètement la peau à la recherche de lésions ou d'ulcérations.

TYONG. Inspectez les paupières, les bords des orbites et les yeux.

Testez l'acuité visuelle avec une planche de Snellen portable ou murale.

Examinez soigneusement les cristallins et les fonds d'yeux.

Inspectez soigneusement les deux cristallins à la recherche d'opacités.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Zona, dû à la réactivation du virus varicelle-zona latent dans les ganglions rachidiens

Les *escarres* peuvent être dues à l'oblitération des artéριοles et des capillaires vascularisant la peau ou à des forces de cisaillement (glissement entre les draps, mise en position assise incorrecte)

Ptose sénile due à la faiblesse du releveur de la paupière supérieure, au relâchement de la peau et à l'alourdissement de la paupière supérieure

Ectropion ou *entropion* des paupières inférieures (p. 151-152)

Jaunissement des sclérotiques et *arc sénile* (ou gérontoxon), un anneau blanchâtre autour du limbe cornéen

Plus de 40 millions d'Américains ont des vices de réfraction, type *presbytie*

Les cataractes, le glaucome et la dégénérescence maculaire augmentent de fréquence avec l'âge

Les *cataractes* sont la première cause de cécité de par le monde

TECHNIQUES D'EXAMEN

Évaluez le rapport excavation de la papille/papille, normalement $\leq 1/2$.

Inspectez les fonds d'yeux à la recherche de corps colloïdes responsables d'altérations de la pigmentation, les *druses*. Les druses peuvent être dures et bien délimitées, ou molles et confluentes, avec une pigmentation altérée.

Testez l'audition avec la voix chuchotée (voir p. 143) ou un audiomètre. Vérifiez bien l'absence de cérumen dans les conduits auditifs externes.

Examinez la cavité buccale : odeur, aspect de la muqueuse gingivale, caries, mobilité des dents et débit de salive.

Inspectez-la attentivement à la recherche de lésions de la muqueuse buccale. Demandez au patient d'enlever ses prothèses dentaires, afin de voir des lésions gingivales dues à ces prothèses.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Un rapport excavation de la papille/papille augmenté évoque un *glaucome* à angle ouvert, qui peut entraîner une perte de la vision périphérique et centrale et une cécité. Sa prévalence est trois à quatre fois plus élevée chez les Afro-Américains

La *dégénérescence maculaire* provoque une mauvaise vision centrale et une cécité. Elle peut être *sèche, atrophique* (plus fréquente mais moins grave) ou *humide, exsudative*, avec une néovascularisation

Enlever un bouchon de cérumen peut améliorer brusquement l'audition

Une *mauvaise odeur* peut être due à une mauvaise hygiène buccale, à une parodontite ou à des caries.

Une *gingivite* peut être due à une parodontolyse

Plaque dentaire et cavités en cas de caries. Mobilité accrue des dents ; risque d'inhalation de dents.

Diminution de la salivation due à certains traitements, une irradiation, un syndrome de Sjögren ou une déshydratation

TECHNIQUES D'EXAMEN

Recherchez des souffles cardiaques en auscultant toutes les zones du cœur (voir p. 200). Décrivez le temps, la forme, la localisation du maximum d'intensité, l'irradiation, l'intensité, la hauteur et la qualité de tout souffle détecté.

Pour les souffles systoliques entendus sur la clavicule, recherchez un retard du pouls radial par rapport au pouls brachial.

Seins et aisselles. Palpez soigneusement les seins, à la recherche de grosseurs et de masses.

Abdomen

- Recherchez des souffles sur l'aorte, les artères rénales et les artères fémorales.
- Inspectez la partie supérieure de l'abdomen ; palpez à gauche de la ligne médiane, pour déceler les pulsations aortiques.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Un souffle cardiaque systolique *crescendo-decrescendo* dans le deuxième espace intercostal droit évoque une *sclérose ou un rétrécissement aortique*. Ces deux affections comportent un risque accru de maladie cardiovasculaire et de décès

Un souffle holosystolique rude à la pointe du cœur suggère une insuffisance mitrale, fréquente chez le vieillard

Retard du pouls radial par rapport au pouls brachial quand ces deux pouls sont palpés (mais pas comprimés) simultanément dans le *rétrécissement aortique*

Possibilité de cancer du sein

Souffles en cas d'athérosclérose

Une aorte élargie et une masse pulsatile peuvent se voir dans un *anévrisme de l'aorte abdominale*

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

En retirant le spéculum, demandez à la patiente de pousser.

Faites un toucher vaginal.

Faites le toucher rectovaginal.

Organes génitaux masculins et prostate. Examinez le pénis ; décalottez le gland, si le prépuce est présent. Examinez le scrotum, les testicules et les épидидymes.

Faites un toucher rectal.

Système vasculaire périphérique. Auscultez l'abdomen, à la recherche de souffles aortiques, rénaux ou fémoraux.

Palpez les pouls.

Prolapsus utérin, cystocèle, urétrocèle ou rectocèle

Voir tableau 14-6 : « Positions de l'utérus et fibromyomes utérins », p. 304.

Mobilité du col restreinte par l'inflammation, un cancer ou des adhérences postopératoires. Ovaires palpables en cas de *cancer de l'ovaire*

Utérus augmenté de volume, fixé ou irrégulier en cas d'adhérences ou de cancer. Masses rectales perceptibles dans le *cancer du côlon*

Smegma, cancer du pénis, hydrocèle vaginale

Masses rectales dans le *cancer du côlon*. *Hypertrophie bénigne (adénome) de la prostate* en cas d'augmentation de volume ; *cancer de la prostate* en cas de nodules ou de masses

Souffles sur ces artères en cas d'*athérosclérose*

Pouls diminués ou abolis en cas d'*occlusion artérielle*. Confirmez avec un indice cheville-bras

Appareil locomoteur. Étudiez la motricité globale et la démarche. En cas de déformations articulaires, de limitations de la mobilité ou de douleurs aux mouvements, faites un examen plus complet.

Système nerveux. Commencez l'évaluation du système nerveux par le « Dépistage gériatrique en 10 minutes » (p. 481-482).

Approfondissez l'examen si vous notez des déficits. Concentrez-vous sur la mémoire et l'affect.

Évaluez la démarche et l'équilibre, en particulier en station debout ; le temps nécessaire pour faire 8 pas ; les caractéristiques du pas, telles que sa largeur, son rythme et son amplitude ; et le demi-tour.

Bien que des anomalies neurologiques soient fréquentes chez les sujets âgés, leur prévalence sans maladie identifiable augmente avec l'âge et atteint 30 à 50 %.

Revoyez les techniques d'examen des différentes articulations au chapitre 16. Dégénérescence articulaire dans l'*arthrose* ; inflammation articulaire dans la *polyarthrite rhumatoïde* et la *goutte*. Voir tableaux 16-1 à 16-4

Apprenez à distinguer le délire de la dépression et de la démence. Voir tableau 20-1

Les anomalies de la démarche et de l'équilibre, en particulier l'élargissement de la base, le ralentissement et l'allongement du pas et la difficulté à tourner, sont liées au risque de chutes

Changements physiologiques dus au vieillissement : inégalité de taille pupillaire (anisocorie), diminution du balancement et des mouvements spontanés des membres supérieurs, augmentation de la raideur des membres inférieurs et anomalies de la démarche, présence des réflexes de la moue et de la préhension, et diminution de la sensibilité vibratoire des orteils

TECHNIQUES D'EXAMEN

Recherchez et analysez des tré-mulations, une rigidité, une bradykinésie, une micrographie, une démarche hésitante, et des difficultés à se retourner dans le lit, à ouvrir la mâchoire et à se lever d'une chaise.

CONSTATATIONS POSSIBLES

Le tremblement parkinsonien est lent et survient au repos, à type d'émiettement ; il est aggravé par le stress et disparaît pendant le sommeil et le mouvement

Le tremblement essentiel est bilatéral et symétrique, avec des antécédents familiaux, et une diminution par l'alcool

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

En parcourant ce CRO de l'examen physique, vous remarquerez quelques constatations anormales. Testez-vous. Voyez si vous êtes capable de les interpréter en fonction de ce que vous avez appris sur l'examen du sujet âgé.

Consigner l'examen physique : le sujet âgé

1/2/2008

M. J. est un adulte âgé apparemment bien-portant mais amaigri, avec une bonne masse musculaire. Il est alerte et interactif et se rappelle bien de l'histoire de sa vie. Il est accompagné par son fils.

Constantes vitales. Taille (sans les chaussures) : 1,60 m. Poids (habillé) : 65 kg. IMC = 25. PA = 145/88 mmHg au bras droit, couché ; 154/94 mmHg au bras gauche, couché. Fréquence cardiaque : 98/min, régulière. Fréquence respiratoire : 18/min. Température buccale : 37 °C.

Dépistage gériatrique en 10 minutes : voir p. 481-482.

(suite)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 20-1

Délire et démence

	Délire	Démence
Caractéristiques cliniques		
<i>Début</i>	Aigu	Insidieux
<i>Évolution</i>	Fluctuante, avec des périodes de lucidité ; aggravation la nuit	Aggravation lente
<i>Durée</i>	De quelques heures à plusieurs semaines	De quelques mois à plusieurs années
<i>Cycle veille/sommeil</i>	Toujours perturbé	Sommeil fractionné
<i>Affection médicale ou intoxication médicamenteuse</i>	Souvent présentes	Souvent absentes, notamment dans la maladie d'Alzheimer
État mental		
<i>Niveau de conscience</i>	Perturbé. Sujet moins conscient de son environnement et moins capable de fixer, maintenir ou déplacer son attention	Habituellement normal, jusqu'à un stade avancé de la maladie
<i>Comportement</i>	Activité souvent anormalement diminuée (sommolence) ou augmentée (agitation, hypervigilance)	Normal à lent ; peut devenir inadapté
<i>Parole</i>	Peut être hésitante, lente ou rapide, incohérente	Difficulté à trouver ses mots, aphasie



TABLEAU 20-1

Délire et démence (suite)

	Délire	Démence
<i>Humeur</i>	Variable, labile, de craintive ou irritable à normale ou déprimée	Souvent abattue, déprimée
<i>Processus de la pensée</i>	Désorganisé, voire incohérent	Appauvri. Le discours est peu informatif
<i>Contenu de la pensée</i>	Hallucinations fréquentes, souvent transitoires	Des hallucinations peuvent survenir
<i>Perceptions</i>	Illusions, hallucinations, le plus souvent visuelles	Des hallucinations peuvent survenir
<i>Jugement</i>	Altéré, à un degré variable	S'altérant de plus en plus
<i>Orientation</i>	Habituellement perturbée, notamment pour le temps. Un endroit familier peut sembler étranger	Bien conservée, mais s'altère à un stade avancé
<i>Attention</i>	Fluctue. Distraction facile, incapacité à se concentrer sur des tâches sélectionnées	Habituellement pas touchée jusqu'à un stade avancé
<i>Mémoire</i>	Mémoire immédiate et récente altérée	Mémoire récente et apprentissages nouveaux particulièrement altérés
Exemples de cause	<i>Delirium tremens</i> (dû au sevrage d'alcool) Insuffisance rénale chronique Insuffisance hépatique aiguë Vascularite cérébrale aiguë Intoxication par l'atropine	<i>Réversibles</i> : carence en vitamine B12, dysfonctionnements thyroïdiens <i>Irréversibles</i> : maladie d'Alzheimer, démence vasculaire (ramollissements multiples), démence après un traumatisme crânien

TABLEAU 20-2

Dépistage de la démence : le Mini-Cog*

Passation

Le test est passé de la façon suivante :

1. Dites au patient d'écouter attentivement 3 mots sans relation afin de s'en rappeler et de les répéter ensuite.
2. Dites au patient de dessiner la face avant d'une montre (avec les heures), soit sur une feuille de papier blanche, soit sur une feuille de papier où est déjà représenté le cercle du cadran. Une fois que le patient a inscrit les chiffres des heures dans le cadran, demandez-lui de dessiner la position des aiguilles pour une heure précise.
3. Demandez au patient de répéter les trois mots prononcés auparavant.

Cotation

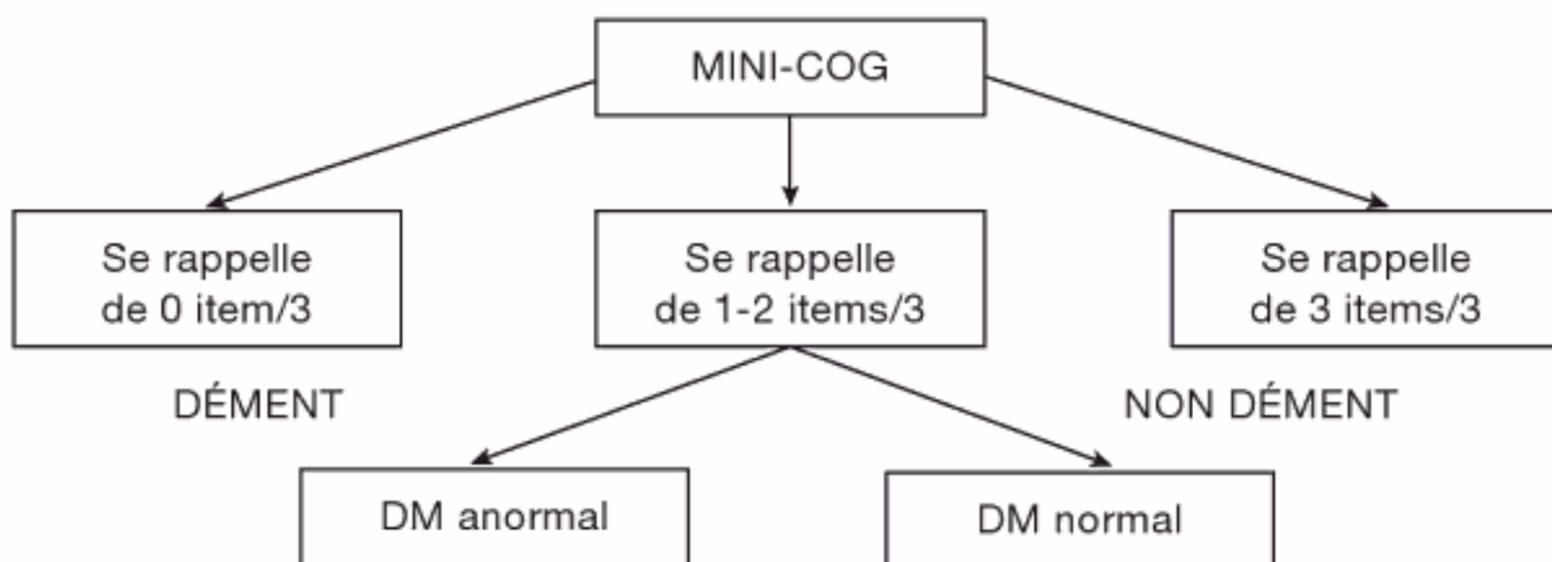
Comptez 1 point par mot restant mémorisé après le dessin de la montre (DM), qui avait pour but de distraire le patient.

Les patients qui ne se rappellent aucun des trois mots sont classés comme déments (score = 0).

Les patients qui se rappellent les 3 mots sont classés comme non déments (score = 3).

Les patients qui se rappellent 1 ou 2 mots sont classés d'après le DM (anormal = dément ; normal = non dément).

Remarque : le DM est considéré comme normal si tous les chiffres sont disposés dans le bon ordre et au bon endroit, et que les aiguilles indiquent lisiblement l'heure demandée.

**ALGORITHME DE COTATION DU MINI-COG**

* NdT : abréviation de Mini-Cognitive assessment.

Tiré de Borson S, Scanlan J, Brush M *et al.* The Mini-Cog : a cognitive « vital signs » measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 ; 15 (11) : 1021-7. Copyright John Wiley & Sons. Reproduction autorisée.

Index

NOTE : les numéros de pages suivis de la lettre *e* renvoient aux encadrés ; ceux suivis de la lettre *t* aux tableaux.

A

ABCDE, dépistage, 111, 126t

Abcès

du cerveau, 132

du poumon, 182t

péri-amygdalien, 435

Abdomen, 227-251. *Voir aussi les*

différents organes

anomalies de l', 247t-251t

antécédents médicaux, 227-234

chez la femme enceinte, 463-465

chez l'enfant, 427, 436

chez le sujet âgé, 489

consigner les observations sur, 246e,
442e

douleur de l', projetée dans les lombes,
353t

douloureux ou sensible, 228-230,
233, 251

examen de l', 237-245

plénitude de l', 230

promotion de la santé et conseils,
235-236

souffles et bruits, 237, 238e

symptômes banals ou inquiétants, 227e

Abducens, nerf (NC VI), 370e-371

Abduction forcée, test de l', 347

Abstrait, raisonnement, 100

Abus

chez le sujet âgé, 476

d'alcool, 5, 59-60, 95, 235, 476

de substances, 5, 59-60, 95

sexuel, 437, 454t

Accident ischémique transitoire (AIT),
366, 369

Accident vasculaire cérébral (AVC)

paralysie faciale et, 397

promotion de la santé et conseils, 191-
192, 369

symptômes de l', 366, 376, 395t-396t

territoires vasculaires, 393t-396t

types d', 393t-394t

Accommodation (des pupilles), 138

Accompagnement, chute du tonus d',
402t

Achilléen, réflexe, 386

Acide folique, sources d', 85

Acouphènes (bourdonnements d'oreille),
134

Acoustique, nerf (NC VIII), 370e, 373

Acrocyanose, 420, 440

Activités de la vie quotidienne (AVQ), 474

Activité motrice, 69, 96

Acuité auditive. *Voir Audition, Surdité*

Adams, test d', 440

Adduction forcée, test de l', 345

Adénofibrome du sein, 214e

Adénome de la lactation, 214e

Adénome de la prostate. *Voir Hypertrophie
bénigne de la prostate*

- Adénopathie, [423](#)
 Adénose vaginale, [301t](#)
 Adolescent(s). *Voir aussi* *Enfant*
 examen de [l'](#), [413](#), [439-440](#)
 hypertension de [l'](#), [419e](#), [445t](#)
 toxicomanie chez [l'](#), [60](#)
 Affect, [93e](#), [97](#)
 Âge. *Voir aussi* *Enfant*, *Sujet âgé*
 du patient, [33](#)
 gestationnel, [415](#), [443t](#), [456-457](#)
 Agoraphobie, [107t](#)
 Aisselles, [218-219](#), [489](#)
 Alcalose respiratoire, chez la femme
 enceinte, [462](#)
 Alcool, consommation et abus d'
 chez le sujet âgé, [476](#)
 dans les antécédents médicaux, [3e](#), [5](#),
 [59-60](#)
 dépistage de la, [59e](#), [95](#)
 maladie hépatique et, [228](#), [232e](#)
 prévention de l'AVC et, [369](#)
 promotion de la santé et conseils, [95](#),
 [235](#)
 Alimentation. *Voir* *Nutrition*
 Alimentation au biberon, dans les
 antécédents médicaux, [410](#)
 Allaitement (maternel) dans les
 antécédents médicaux, [410](#)
 Allen, test d', [260-261](#)
 Allergie, [134](#), [410](#)
 Alternant, pouls, [202](#)
 Alzheimer, maladie d', [479](#)
 Ambiguïté sexuelle, [427](#)
 Amblyopie, [432](#)
 Aménorrhée, [288](#)
 Amplitude des mouvements, [16](#)
 chez le sujet âgé, [492](#)
 de la cheville et du pied, [348-350](#)
 de la hanche, [340](#)
 de l'épaule, [327-328](#)
 des poignets et des mains, [333-334](#)
 du cou et du rachis, [338](#)
 du coude, [330](#)
 limitations de [l'](#), [322](#)
 mesure de [l'](#), [350](#)
 Amygdales, [145](#), [435](#)
 Anamnèse. *Voir aussi* *Antécédents*
 médicaux, *Entrevue*
 ciblée, [1](#), [43](#)
 composantes de [l'](#), [1](#), [2e-3e](#)
 consigner [l'](#), [37-40](#)
 de la femme enceinte, [455-457](#)
 de l'enfant, [410-411](#)
 du sujet âgé, [472-477](#)
 exhaustive, [4-9](#), [43](#)
 plan de [l'](#), [43](#)
 processus de l'entrevue et, [44-64](#)
 source de [l'](#), [2e](#)
 symptômes banals ou inquiétants, [65-66](#)
 Androgènes, tumeurs sécrétant des, [490](#)
 Anémie de la grossesse, [462](#)
 Anévrisme de l'aorte,
 abdominale, [256](#), [489](#)
 disséquant, [163](#), [176t](#), [189](#)
 Angine
 érythématopultacée, [161t](#)
 streptococcique, [135](#)
 Angine de poitrine (angor), [175t](#), [189](#)
 Angiome, [122t](#)
 Angle costovertébral, douleur dans [l'](#), [241](#)
 Anhédonie, [80](#)
 Annexes (trompes et ovaires), [19](#), [296](#), [467](#)
 Anomalies de la microvascularisation
 rétinienne, [154t](#)
 Anorexie, [231](#)
 mentale, [70](#), [82t-83t](#), [288](#)
 Antécédents médicaux
 chirurgicaux, [5](#)
 familiaux, [5-6](#), [456](#)
 gynéco-obstétricaux, [5](#), [456](#)
 néonataux, [410](#)
 obstétricaux, [456](#)
 personnels, [5](#)
 psychosociaux, [3e](#), [6](#)
 Antécédents et fonction sexuels, [58](#)
 de l'homme, [270-271](#)
 de la femme, [289-290](#)
 Antéflexion (de l'utérus), [304t](#)
 Anus, [309-311](#), [466](#)
 Anxiété, [68](#), [107t-108t](#), [177t](#)
 Aorte,
 anévrisme de [l'](#), [163](#), [176t](#), [189](#), [256](#)

- coarctation de l', [426](#)
examen de l', [17](#), [242](#)
sinueuse, 488
- Aortique
insuffisance, [196](#), [199](#), [201](#), [257](#)
rétrécissement, [196](#), [198](#), [203](#), 446t
- Apgar, score d'. *Voir Score d'Apgar*
- Aphasie, [97](#)
- Aphte, 160t
- Apnée, [423](#)
- Apophyses épineuses, [337](#)
- Appendicite, [228](#), [230](#), [244-245](#)
- Appui (phase de la marche), [338](#), 379
- Arc cornéen sénile (gérontoxon), [486](#)
- Arc vasculaire, 424e
- Arcade crurale (ligament inguinal), 285t, [339](#)
- Argyll-Robertson, signe d', [138](#)
- Artère ombilicale unique, [416](#)
- Artères/veines de la rétine, [133](#), [140](#), 141e-142e
- Artériopathie périphérique, [256](#)
- Artériopathie rénale, [256](#)
- Artérite temporale à cellules géantes (maladie de Horton), 150t
- Arthralgies, 321
- Arthrite(s)
acromioclaviculaire, 358t
dégénérative (arthrose), [322](#), 331, 356t-357t, [359t](#), [492](#)
des chevilles et des pieds, 347-349
des épaules, 359t
des genoux, [342-343](#), 359t
des hanches, 340
des poignets et des mains, 331-333
du rachis, [338](#)
gonococcique, 321, 331
nodosités de l', 333
rhumatoïde, 321-322, 331-333, 356t-357t, 359t. *Voir Polyarthrite rhumatoïde*
septique, [322](#)
types de douleurs dans l', 356t-357t
- Arthrose, 356t-357t, 359t, [492](#)
- Articulation(s). *Voir aussi les différentes articulations*
- acromioclaviculaire, [326](#)
cartilagineuse, 318e
condylienne, 319e
consigner vos observations sur, 351e
douleur dans les, et autour des, 320-[322](#), 356t-357t
évaluation des, bases pour l', [317-319](#)
examen des, 325-350
fibreuse, 318e
interphalangiennes, 333
métacarpophalangiennes, [332](#)
pivotante, 319e
promotion de la santé et conseils, [323-325](#)
sacro-iliaque, [337](#)
sous-talaire (astragalocalcanéenne), [349](#)
sphéroïde (énarthrode), 319e
symptômes banals ou inquiétants, 319e
synoviale, 318e-319e
temporomandibulaire (ATM), [326](#)
tibiofémorale, [342](#)
tibiotalaire (tibioastragalienne), [348](#)
transverse du tarse, [349](#)
- Arythmies cardiaques. *Voir Troubles du rythme cardiaque*
- Asbestose, 179t
- Ascite, [242-243](#)
- Aspect du patient, [68](#), [96-97](#)
- Astérisis, 389
- Asthme, 178t, 182t, 187t
- Astigmatisme, 148t
- Ataxie, [366](#)
- Atélectasie, 187t
- Athérosclérose, [489](#)
- Athétose, 400t
- Atrésie des choanes, 422
- Atrophie optique, 153t
- Attention, [92-93](#), [99](#), 496t
- Audition
antécédents médicaux, [133-134](#)
chez le nourrisson, 422e
chez le sujet âgé, [478](#), 481e, [487](#), 494e
tester l', [15](#), [143](#), [373](#)
- Auscultation
de l'abdomen, [237](#)
du cœur, [198-201](#), [426](#), [463](#), [488-489](#)

INDEX

- du cœur fœtal, [465](#)
- du thorax, [169-170](#), 173
- Auto-examen
 - des seins, [215](#), 220e-221e
 - des testicules, 275e-276e
- Autonomie, [63](#)
- AVC. Voir *Accident vasculaire cérébral*

- B**
- Babinski, signe de, 384, 387
- Balancement (phase de la marche), [338](#)
- Balanite, [273](#)
- Ballon, signe du, [344](#)
- Ballotement
 - abdominal, [243](#)
 - de la rotule, [344](#)
- Barlow, manœuvre de, [428](#)
- Barrières linguistiques, [56](#)
- Bartholin, glandes de, [287](#), [293](#),
- Basedow, maladie de, 162t
- Basocellulaire, carcinome, 124t, [485](#)
- Bicipital, réflexe, 384
- Bienfaisance, [63](#)
- Bombement, signe du, 343
- Bouchard, nodosités de, 333
- Bouche
 - anomalies de la, 157t-160t
 - antécédents médicaux, [7](#), [135](#)
 - cancers de la, 160t, [478](#), 488
 - candidose de la (muguet), [159](#), [423](#)
 - consigner les observations sur, 146e, 441e
 - de la femme enceinte, [462](#)
 - de l'enfant, [423](#), [434-435](#)
 - du sujet âgé, [487-488](#)
 - examen de la, [15](#), [144-145](#)
 - promotion de la santé et conseils, [136](#)
- Bouchon de cérumen, [487](#)
- Boulimie, [70](#), 82t-83t
- Bourdonnements d'oreille, [134](#)
- Bourse(s) (périarticulaires), [317](#)
 - ansérine (de la patte d'oie), 341
 - iliopectinée, [339](#)
 - ischiatique, [339](#)
 - sous-acromiale, [326](#)
 - trochantérienne [339](#)
- Boutons de fièvre (herpes labial), 157t
- Bradycardie, 419
- Bras tombant, signe du, [329](#), 358t
- Bronchectasies (dilatation des bronches), 181t
- Bronches, [163](#)
- Bronchiolite, 419, 424e
- Bronchite chronique, 178t, 181t, 186t
- Bronchophonie, 171e
- Brudzinski, signe de, [388](#)
- Bruit transmis de la voix, [171](#), 173, 186t-187t
- Bruits abdominaux, [237](#), 238e, [489](#), [491](#)
- Bruits bronchiques, 170e
- Bruits bronchovésiculaires, 169e
- Bruits de Korotkoff, 73e, [202](#)
- Bruits du cœur (B1, B2, B3, B4), [199](#)
 - chez le nourrisson, [426](#)
 - chez le sujet âgé, 488
 - interprétation des, 205t-210t
- Bruits intestinaux, [237](#), 238e
- Bruits respiratoires, 169e-170e
 - chez le nourrisson, 424e-425e
 - dans les affections thoraciques, surajoutés, [169](#), 170e, 173, 180t
- Bruits trachéaux, 170e
- Bulles, 117t-118t
- Bursites
 - de la hanche, [339](#)
 - du genou, [342](#)
 - ansérine (de la patte d'oie), 343, 360t
 - bandelette du fascia lata, 360t
 - prérotulienne, [342](#), 360t
 - sous-acromiale et sous-deltaïdienne, 358t

- C**
- Café au lait, tache, 115t, [420](#)
- CAGE, questionnaire, 50e, [235](#)
- Calcium, sources de, 85t
- Canal carpien, syndrome du, 331, 335-[336](#), [376-377](#)
- Cancer
 - colorectal, [236](#), 248t, 308, 491
 - de la bouche, 160t, [478](#), 488

- de la lèvre, 158t
 de la peau, 124t-126t, [478](#)
 de la prostate, [307-308](#), 315t, [491](#)
 de la vulve, 299t
 de l'ovaire, [491](#)
 dépistage du, chez le sujet âgé, [478](#)
 du col utérin, [290-291](#), 301t
 du pénis, [273](#), [278t](#), [491](#)
 du poumon, 179t, 182t
 du rectum, 315t
 du sein, [214-215](#), 223t-225t
 du testicule, [274](#), 282t
- Candidose
 de la langue (muguet), 159t
 du nourrisson, [423](#)
 du vagin, 302t
- Capacité d'apprentissage, [99](#)
 Capacité de construction, [100-101](#)
 Capacité de lecture, [56](#)
 Capacité fonctionnelle, 480
 Capacités de calcul, [100](#)
 Capiton, signe du, 224t
- Carcinome. *Voir aussi Cancer, Épithélioma*
 basocellulaire, 124t, [485](#)
 de la langue ou du plancher de la
 bouche, 160t
 de la lèvre, 158t
 de la vulve, 299t
 du col utérin, 301t
 spinocellulaire, 124t-125t, [485](#)
- Cardiomyopathie, [198](#), [203](#)
 Cardiopathies congénitales, 446t-448t
 cyanogènes, [420](#), [425](#)
- Cardiovasculaire, appareil, [189-212](#). *Voir
 aussi Cœur*
 antécédents médicaux, [7](#),
 chez la femme enceinte, [462-463](#)
 chez le sujet âgé, 488-489
 consigner les observations sur l', 204e,
 442e
 douleur thoracique due à des affections
 de l', [163-164](#), 175t-176t
 examen de l', [16-17](#), [74-75](#), [195-203](#)
 pathologie de l', 205t-212t
 promotion de la santé et conseils, [190](#)
 symptômes banals ou inquiétants, [68](#),
 189e
 toux due à des affections de l', 183t
- Caries dentaires, [136](#), 435
 Caroncule urétrale, [293](#), 490
 Cataractes, [133](#), [135](#), [486](#)
 Cavité buccale. *Voir Bouche*
 Cécité, 151t
 Cellulite, [254](#)
 Céphalées, [131-132](#), 147t-150t, 365-366
 de tension, [131](#), 147t
 vasculaires, 147t
 Céphalématome, [420](#)
 Cerveau, [363-364](#)
 abcès du, [132](#)
 tumeur du, [132](#), 149t, [420](#)
 Cervelet, [18](#), [364](#), 398t-399t
 Cervicalgie, 320, 354t-355t
 Cervicite, 295, 301t
 Chalazion, 152t
 Champs visuels, [137](#), 151t
 Chancre
 de la lèvre, 158t
 de la vulve, 299t
 du pénis, [273](#), 280t
- Charles Bell, paralysie faciale de, 397t
 Chéilite commissurale (perlèche), 157t
 Chéloïdes, 120t
 Cheveux et poils
 chez la femme enceinte, [462](#)
 chez le nourrisson, 419
 chute des (ou alopecie), 111e,
 127t-128t, [462](#)
 du pubis, 450t-453t
 inspection des, [113](#)
- Cheville(s)
 muscles de la, [378](#)
 réflexe achilléen, 386,
 ulcérations de la, [254](#), 265t
- Cheyne-Stokes, respiration de, 87t
 Chloasma (masque de grossesse), [462](#)
 Choc apexien (de la pointe du cœur)/
 précordial, [197-198](#)
 chez la femme enceinte, [462](#)
 chez le nourrisson, [426](#)
 chez le sujet âgé, 488

INDEX

- Cholécystite, [245](#)
Cholestérolémie, 192-193
Chondromalacie, [342](#)
Chorée, 400t
Chutes, chez le sujet âgé, 482-483
Cicatrices, 120t
Cirrhose, 232e
Claquement d'ouverture (de la mitrale), 206t
Claudication intermittente, 253-254, 264t
Clicks systoliques, [199](#), 205t
Clinicien
 comportement et présentation, [44](#)
 conscience de soi, [62](#)
 relations avec le patient, sexualité dans les, [63](#)
Clitoris, [287](#), [293](#)
Coarctation aortique, [426](#)
Cœur. *Voir aussi Appareil cardiovasculaire*
 antécédents médicaux, [7](#)
 cardiopathie congénitale cyanogène, [420](#), [425](#)
 chez l'enfant, 425-426, 435-436
 de la femme enceinte, 462-463
 du sujet âgé, 488-489
 examen du, [17](#), 196-203
 maladie coronarienne, 191-194
Cognitives, fonctions
 chez le sujet âgé, [473](#), [479](#)
 évaluation des, [99](#)
 supérieures, 93e, [100](#)
Coiffe des rotateurs, 328-329, 358t
Col utérin
 anomalies du, 301t
 cancer du, 291-292, 301t, [478](#)
 dans la grossesse, [466](#)
 examen au spéculum du, [19](#), 293-295
 formes de l'orifice du, 300t
 infection du (cervicite), 301t
Colique néphrétique, [233](#)
Colite
 granulomateuse, 248t
 ulcéreuse (rectocolite hémorragique), 248t
Côlon irritable, syndrome du, 247t
Colonne vertébrale. *Voir Rachis*
- Colorectal, cancer
 chez le sujet âgé, [478](#), [491](#)
 dépistage du, [236](#), 308
 et diarrhée, 248t
Coloscopie, 308, 478
Coma, 390-392, 405t-407t
Comédons, [485](#)
Communication avec les patients, [51](#), 62-63
 non verbale, [51](#)
Communication interauriculaire, [426](#)
Communication interventriculaire, 448t
Comportement
 dans le délire/la démence, 495t
 du clinicien, [44](#)
 du patient, 53-55, [96](#)
Compréhension intuitive (insight), [92](#), [98](#)
Compression du nerf médian. *Voir Canal carpien, syndrome du*
Compte rendu d'observation (CRO) du patient *Voir aussi les différents examens*
 checklist pour le, 38e-40e
 chez l'enfant, 440-442e
 chez la femme enceinte, [470](#)
 chez le sujet âgé, 493-494
 de l'anamnèse et de l'examen physique, 37-40
 organisation du, 37-40
 révision du, avant l'entrevue, [44](#)
Concentration, difficultés de, [94](#)
Conceptionnel, âge, [456](#)
Condensation pulmonaire, 186t
Conduction aérienne et osseuse, [143](#), 156t-157t, [373](#)
Conduit auditif externe, [142](#), [433](#)
Condylomes, [273](#), 279t, 298t, [306](#)
Confidentialité, patient et, [45](#), [63](#)
Congestion nasale, [134](#)
Conjonctives, [138](#)
Connaissances, évaluation des, [100](#)
Conscience de soi, [62](#)
Conscience, niveau de
 dans le délire/la démence, 495t
 définition, 92e, 390e
 évaluation du, [68](#), [93](#), [96](#)

perte de, 367-368
 Conseils. *Voir Promotion de la santé et conseils*
 Consigner les observations sur. *Voir les différents examens physiques*
 Constantes vitales
 consigner les observations sur, [81](#), 441e
 de la femme enceinte, 461-465
 du nourrisson, 418-419
 du sujet âgé, [484](#), 493e
 fréquence et rythme cardiaques, [74-75](#)
 fréquence et rythme respiratoires, [75](#)
 mesure des, [14](#), [72-77](#)
 pression artérielle, [72-74](#)
 sixième (état fonctionnel), 480-483
 température, [75-77](#)
 Constipation, [231](#), [306](#)
 Consultations prénatales. *Voir Grossesse*
 Contenu de la pensée
 dans le délire/la démence, 496t
 définition du, 92e
 évaluation du, [98](#)
 Contraception, 291
 Convergence (des yeux), [138](#)
 Convulsion, 368
 Coordination, [378-380](#), 398t
 Cordon ombilical, [416](#)
 Cordon spermatique, [274](#), 284t, [437](#)
 Cornées, [138](#)
 Corps étranger
 des voies respiratoires, 424e
 du vagin, [437](#)
 Cou
 amplitude des mouvements du, [338](#)
 antécédents médicaux, [7](#), [135](#)
 consigner les observations sur, 146e, 441e
 douleur du (cervicalgie), 320, 354t-355t
 du nourrisson, [423](#)
 et douleur thoracique, [164](#)
 examen du, [15](#), [145-146](#)
 symptômes banals ou inquiétants, 131e
 Coudes, [330](#), [376](#)
 Coup de canif, phénomène du, 402t

Coup du lapin, 354t
 Crâne, [137](#)
 Craniosynostose, 418
 Craquements (pulmonaires), 170e
 Cristallins, [138](#), [486](#)
 Crohn, maladie de, 248t
 Croissance de l'enfant, [411](#), [417-418](#)
 Croûte (de la peau), 119t
 Cryptorchidie, [273](#), [281t](#)
 Cubital, nerf, [376](#)
 Cuir chevelu (scalp), [137](#)
Cutis marmorata, 419
 Cycle menstruel, [288](#), [457](#)
 Cyclothymie, 106t
 Cyphoscoliose thoracique, 185t
 Cystocèle, [293](#), 303, [466](#)

D

Date des dernières règles (DR), [456-457](#)
 Date prévue de l'accouchement, [456-457](#)
 Décollement de la rétine, [133](#)
 Défécation, douleur à la, [306](#)
 Défense, [238-239](#)
 Dégénérescence articulaire. *Voir Arthrose*
 Dégénérescence maculaire, [133](#), [136](#), [141](#), 142e, [486](#)
 Déglutition, [231](#), [373](#)
 Délire, [54](#), 495t-496t
 Démarche
 du sujet âgé, [492](#)
 inspection de la, [69](#), [338-339](#), 341, 379
 Démence, [479](#), 495t-497t
 Densité osseuse, [324](#)
 Dents
 de l'enfant, [423](#), 435
 examen des, [144](#)
 promotion de la santé buccodentaire, [136](#)
Denver Developmental Screening Test (DDST), [417](#)
 Dépilation, [254](#)
 Dépistage, examens de
 chez l'enfant, [411](#)
 chez le sujet âgé, [477-478](#), 481e-482e, 493e

- dans l'anamnèse, [5](#)
 - de la dépression, [68](#), [94-95](#)
 - du cancer colorectal, [236](#), [308](#), [478](#)
 - du cancer de la prostate, [307-308](#)
 - du cancer du col utérin, [290-291](#)
 - du cancer du sein, [215](#)
 - Dépression
 - chez le sujet âgé, [482e](#)
 - dépistage de la, [68](#), [94-95](#), [482e](#), [494e](#)
 - symptômes de la, [105t-106t](#)
 - Dérive en pronation, [380](#)
 - Dermatomes, [381](#), [403t-404t](#)
 - Déshydratation, [420](#)
 - Détresse, signes de, [68](#)
 - Développement de l'enfant, [349](#), [411](#), [417](#)
 - Diabète, [234](#)
 - Diagnostic, poser le, [21e-23e](#)
 - DIAPERS (moyen mnémotechnique), [480](#)
 - Diaphragme, [168](#)
 - Diarrhée, [231](#), [247t-249t](#)
 - Diéthylstilbestrol (DES), exposition fœtale au, [301t](#)
 - Différences culturelles, [61-63](#), [473](#)
 - Dilatation des bronches (bronchectasies), [181t](#)
 - Diplégie spastique (maladie de Little), [429](#)
 - Diplopie, [133](#), [366](#)
 - Directives anticipées, [407-408](#)
 - Discrimination de deux points, [383](#)
 - Disque optique. *Voir Papille optique*
 - Diverticulite, [230](#)
 - DNR. *Voir Ne pas réanimer*
 - Doigts, [254](#), [333-335](#), [428](#)
 - Données d'identification, [2e](#), [410](#)
 - Données cliniques
 - d'identification, [2e](#), [410](#)
 - organisation des, [33-35](#)
 - subjectives et objectives, [2e](#)
 - Doppler, méthode, pour mesurer la PA, [266t-267t](#)
 - Dossier médical. *Voir Compte rendu d'observation (CRO)*
 - Douleur
 - abdominale provoquée, [239](#), [251t](#)
 - aiguë et chronique (persistante), [77-80](#), [475](#), [476e](#)
 - à la décompression brusque, [239](#)
 - à la défécation, [306](#)
 - articulaire, [321-322](#)
 - monoarticulaire, [321](#)
 - polyarticulaire, [321](#)
 - dans l'angle costovertebral, [241](#)
 - du flanc, [233](#)
 - extra-articulaire, [321](#)
 - pariétale, [228](#), [251t](#)
 - pendant les rapports sexuels, [289](#)
 - projetée, [228](#)
 - réaction à la, [381](#)
 - thoracique, [163-164](#), [175t-177t](#), [189](#)
 - viscérale, [228](#), [251t](#)
 - Drogues illégales. *Voir Abus de substances*
 - Druses, [142e](#), [487](#)
 - Durée de la gestation (en semaines), [456-457](#)
 - Dysarthrie, [366](#)
 - Dysesthésies, [367](#)
 - Dyskinésies buccofaciales, [401t](#)
 - Dyslipidémies, [192-193](#)
 - traitement des, [193e](#)
 - Dysménorrhée, [288](#)
 - Dyspareunie, [289](#)
 - Dyspepsie, [229](#)
 - Dysphagie, [231](#)
 - Dysphonie, [81](#)
 - Dyspnée, [164](#), [178t-179t](#), [189-190](#)
 - paroxystique nocturne (DNP), [190](#)
 - Dysthymie, [106t](#)
 - Dystonie, [401t](#)
 - Dysurie, [233](#)
- ## E
- Ecchymose, [123t](#)
 - Écho, faire l', [51](#)
 - Éclairage, pour l'examen, [12-13](#)
 - Écoulement
 - mammaire, [219](#)
 - pénien, [271](#)
 - vaginal (pertes vaginales), [289](#), [302t](#), [437](#)
 - Écoute attentive, [50](#)
 - Écran, test de l', [432](#)
 - Ectropion, [151t](#), [486](#)

- Égophonie, 171e
- Éjaculation, 271
précoce, 271
- Élévation du membre inférieur étendu, [388](#)
- Embolie pulmonaire, 179t, 183t
- Empathie, réactions d', [52](#)
- Endocriniens, troubles, [9](#), [417](#)
- Endométriose, [288](#)
- Enfant(s), [409-454](#). *Voir aussi Adolescents, Nourrisson, Nouveau-né*
abus sexuels, 454t
antécédents médicaux, 3e, [410-411](#)
astuces pour interroger les, 430e
consigner les observations sur, [440](#), [441e-442e](#)
développement de l', [409](#)
examen de l', [413-440](#). *Voir aussi les différents appareils et organes*
hypertension chez l', 419e, 431-432, 445t
maturation du nouveau-né, classification selon la, 443t
périmètre crânien de l', 418
promotion de la santé et conseils, [412-413](#)
protection de la santé de l',
recommandations pour la, 444t
souffles cardiaques de l', 435-436, 446t-448t
stades de maturation sexuelle chez l', 449t-453t
- Engagement du fœtus, [468](#)
- Engourdissements, des membres inférieurs, [254](#)
- Enrouement, [135](#)
- Entorse, 321, [348-349](#), 362t
- Entrevue, [43-64](#). *Voir aussi Antécédents médicaux et Anamnèse*
à propos des sujets délicats, [58-64](#)
approche de l', [44-45](#), [472-473](#)
chez l'enfant, 430e
dans des cas particuliers, [53-57](#)
exhaustive *versus* ciblée, [1](#), [43](#)
séquence de l', [45-49](#)
techniques de l', [50-53](#)
- Entropion, 152t, [486](#)
- Environnement, pour l'examen, [12-13](#), [44](#), [46](#), [472](#)
- Epanchements
de la caisse du tympan, 155t
du genou, 343-344
pleural, [168](#), 187t
- Épaules, [326-329](#), 358t-359t
- Épeler à l'envers, [99](#)
- Épididyme, [274](#), 283t, [491](#)
- Épiglottite, 424e
- Épisclérite, 152t
- Épisiotomie, [466](#)
- Épisode
dépressif majeur, 105t-106t
hypomaniaque, 106t
maniaque, 105t-106t
mixte (de troubles de l'humeur), 106t
- Épistaxis, [135](#), [462](#)
- Épithélioma (carcinome)
basocellulaire, 124t, [485](#)
spinocellulaire, 124t-125t, [485](#)
- Épitrochléens, ganglions, [16](#), [258](#)
- Équilibre, [366](#)
- Érection, troubles de l', [270](#)
- Érosion, 121t
- Escarres, [486](#)
- Essoufflement (dyspnée), [164](#), 178t-179t, [189-190](#)
- Estime de soi, [94](#)
- Estomac, [164](#)
- État fonctionnel (sixième constante vitale), 480-483
- État mental. *Voir Mental*
- Éternuements, [134](#)
- Éthique médicale, [63-64](#)
- Ethnie, notion d', [62](#)
- Étourdissements, [366](#)
- Eutrophique, nouveau-né, [415](#)
- Évaluation, [21-41](#). *Voir aussi les Examens spécifiques*
astuces pour l', 34e
choix d'un test dans l', 35e-37e
complète *versus* limitée, 2e, [43](#)
compte rendu d'observation (CRO), [37-41](#), [81](#)
étude d'un cas clinique, 23e-33e

- liste de problèmes, [41](#)
 - organisation des données en vue de [1](#),
33-35
 - processus de l'évaluation, [21-23](#)
 - Évanouissement, [366](#)
 - Examen clinique des seins (ECS), [215](#)
 - Examen général, 66-71
 - antécédents médicaux, [5](#), 65-66
 - consigner les observations sur, [81](#)
 - du nourrisson, 417-418
 - interprétation des trouvailles de [1](#),
82t-87t
 - promotion de la santé et conseils,
66-67
 - techniques de [1](#), [14](#), 67-80
 - Examen génital
 - chez la femme (examen gynécologique),
[8](#), 19, 287-304
 - chez la femme âgée, 490-491
 - chez la femme enceinte, [466-467](#)
 - chez la fille, 427, 437, 440,
452t-454t
 - consigner les observations sur, 297e,
442e
 - inquiétudes fréquentes, 287e
 - interprétation des trouvailles de [1](#),
298t-304t
 - promotion de la santé et conseils,
290t-292t
 - techniques de [1](#), 292-297
 - chez l'homme, [8](#), [18-19](#), 269-285
 - chez le garçon, 427, 437, 440,
450t-451t, 454t
 - consigner les observations sur, 276e,
442e
 - interprétation des trouvailles de [1](#),
277t-285t
 - promotion de la santé et conseils,
272
 - symptômes banals ou inquiétants,
270
 - techniques de [1](#), 273-276
 - Examen gynécologique. *Voir Examen
génital de la femme*
 - Examen Minimum de l'État Mental
(MMSE), [101](#)
 - Examen physique, 10-19. *Voir aussi les
différents appareils et organes*
 - abord du patient, [12](#), 472-473
 - champ de [1](#), [60](#)
 - complet *versus* limité, 2e, [13](#),
 - confort du patient au cours de [1](#), [13](#),
460e
 - consigner les observations sur, 37-40,
[81](#)
 - de l'enfant, [413-440](#)
 - du sujet âgé, [484-493](#)
 - éclairage et environnement et, [12-13](#),
[44](#), 472
 - positions pour [1](#), 12e, [14](#), 460e, [463](#)
 - préparation à [1](#), 10e
 - séquence de [1](#), 11e-12e, [13-14](#), 413e
 - vue d'ensemble, [14-19](#)
 - Excavation glaucomateuse, 153t
 - Excoriations
 - cutanées, 121t
 - génitales, 437
 - Exercice physique
 - antécédents médicaux, [6](#)
 - chez le sujet âgé, 478
 - pendant la grossesse, 459
 - promotion de la santé et conseils, 67, 323
 - Expiration forcée, temps d'une, [174](#)
 - Exposition au soleil, [93](#)
 - Extinction, 384
- F**
- Face
 - chez la femme enceinte, 462
 - du nourrisson, [421](#)
 - dysmorphologie de la, 421e
 - examen de la, 137
 - mimique(s), 68, 97
 - œdème de la, 462
 - paralysie de la, 137, 397t
 - Facial, nerf (NC VII), 370e, [373](#), 397t
 - Faiblesse musculaire, 66, [366-367](#),
375-377
 - Fallot, tétralogie de, 447t
 - Fasciculations, 400t
 - Fatigue, 55

Faux positifs et faux négatifs, 35e-36e

Femme(s)

aisselles chez la, [16](#), [218-219](#)

examen des seins chez la, [16](#), [216-218](#),
220e-221e

examen gynécologique, [8](#), 19, 287-304
de la femme âgée, 490-491

de la femme enceinte, [466-467](#)

de la fille, 427, 437, 440

frottis cervicaux, 290-291, 295

maturation sexuelle, 293, 449t, 452t-453t

toucher rectal chez la, 19, 296, 310

Fémoropatellaires, anomalies, [342](#), 360t

Fer, sources de, 85t

Fiabilité d'un test, 35e

Fibrillation auriculaire, 75, [195](#)

Fibromyalgie, 322

Fibromyome utérin, 296, 304t

Fibrose pulmonaire idiopathique, 179t

Fièvre, 66, 75-76, 233

Fissure cutanée, 121t

Flaccidité. *Voir Hypotonie*

Flatulences, [229](#)

Flot, 243

Fœtus

engagement du, [468](#)

exposition au DES, 301t

mouvements du, 464

poids estimé, [468](#)

position du, [468](#)

présentation du, [468](#)

rythme cardiaque du, [465](#)

Foie

de l'enfant, 436

examen du, [17](#), [239-240](#)

lésions toxiques du, 233e

maladies du, 232e

Fonction pulmonaire, 173

Fonctionnement intestinal, [230](#), 306

Fond d'œil, 139-142, [486](#)

Fontanelles, 420

Force musculaire, testing de la, 375-377

Formation réticulée activatrice, [364](#)

Fovéa, 142e

Fracture

de la clavicule, chez le nouveau-né, 428

de Pouteau-Colles, [332](#)

du scaphoïde, [332](#)

Frémissements (thrills), [197](#), [426](#)

Fréquence cardiaque (FC)

chez le nourrisson, 419

chez le sujet âgé, [484](#)

comptage de la, 74, [195](#)

Fréquence et rythme respiratoires

anomalies des, 86t-87t

chez l'enfant, 419, [423](#), 424e

chez le sujet âgé, [484](#)

évaluation des, 75, [165](#)

Frissons, 66, 233

Frottement

abdominal, [237](#)

péricardique, [199](#)

Frottis cervicaux

chez la femme âgée, 478, 490

chez la femme enceinte, 461e, [466](#)

programmation des, 290-291

technique des, 295

G

Gale, 118t

Ganglions lymphatiques

axillaires, [16](#), [215](#), [219](#)

cervicaux, [15](#), 145, 423

chez l'enfant, [423](#), 441e

consigner vos observations sur, 146e

épitrochléens, [16](#), 258

inguinaux, 260

Gaz irritants, 183t

Gencives, 144

Genoux. *Voir aussi Ligaments et Ménisques*

douloureux, 359t-360t

examen des, 341-347

flexion-extension des, 377-378

Gingivite, 144, 487

Glaucome, 133

à angle ouvert, 133, 136, 148t

Glossopharyngien, nerf (NC IX), 370e,

Goitre, 135, 145, 162t

Gonflement

des articulations, 322

des pieds et des jambes (œdèmes), [254](#)

Gonococcie, 271, 331
 Gorge (bouche et pharynx)
 anomalies de la, 161t
 antécédents médicaux, [7](#), [135](#)
 de l'enfant, [423](#), [434-435](#)
 examen de la, [15](#), [144-145](#)
 mal de (angine, pharyngite), [135](#), 161t
 Goutte, [322](#), [492](#)
 Grain de beauté (naevus), [111](#), 126t
 Grains de caviar (varices linguales), 160t
 Grand hypoglosse, nerf (NC XII). *Voir*
 Hypoglosse, nerf
 Grossesse, 455-470
 consigner les observations sur, 470e
 examen au cours de la, 460-470
 extra-utérine, [230](#), 467
 planning familial/contraception, 291
 points importants au cours de la,
 455-457
 promotion de la santé et conseils,
 [457-460](#)
 symptômes de la, 455

H

Habillement du patient, [68](#), [97](#)
 Hanche (s),
 du nouveau-né, [428](#)
 dysplasie de, [428](#)
 muscles de la, [377](#)
 Handicap physique, 482e, 494e
 Hashimoto, thyroïdite de, 162t
 Hauteur utérine, 464
 HCG, dosage des bêta-, 455
Health Insurance Portability and
Accountability Act (HIPAA),
 [54-55](#)
 Heberden, nodosités de, 333
 Hegar, signe de, 467
 Hématome sous-dural, [420](#)
 Hématopoïétique, système, [9](#)
 Hématurie, [233](#)
 Hémianopsie, [133](#), 151t
 Hémoptysie, [164](#), 180t-183t
 Hémorragie
 digestive, [306](#)

 du vitré, [132](#)
 nasale (épistaxis), [135](#), [462](#)
 postménopausique, [289](#)
 rectale, [306](#)
 sous-arachnoïdienne, [132](#), 149t, 365
 vaginale, [437](#)
 Hémorroïdes, 268t, [466](#)
 Hépatite(s)
 alcoolique, [228](#), 232e
 promotion de la santé et conseils,
 [235-236](#)
 symptômes des, [231-232](#)
 virales, 232e, [235-236](#)
 Hernie(s)
 crurale, [275](#), 285t, [297](#)
 de la femme, [297](#)
 de l'enfant, [416](#), [427](#), [437](#)
 de l'homme, [18](#), [274-276](#), 278t, 285t,
 [427](#)
 discale, 352t
 inguinale, [274-276](#), 278t, 285t, [297](#),
 [427](#), [437](#)
 inguinoscrotale, 278t
 ombilicale, [416](#)
 Herpès
 chez l'enfant, [420](#)
 génital, [273](#), 279t, 298t
 labial, 157t
 Hippocratisme digital, 129t
 Homme(s)
 aisselles de l', [16](#), [218-219](#)
 examen des seins de l', [16](#), [218](#)
 examen génital de l', [8](#), [18](#), [269-285](#)
 consigner les observations sur, 276e,
 442e
 du garçon, [427](#), [437](#), [440](#),
 450t-451t, 454t
 du sujet âgé, [491](#)
 interprétation des trouvailles de l',
 277t-285t
 maturation sexuelle, [427](#), [437](#), [440](#),
 450t-451t, 454t
 promotion de la santé et conseils,
 [270-271](#)
 symptômes banals ou inquiétants,
 270e

- techniques de [1](#), [273-276](#)
 ganglions épitrochléens chez [1](#), [16](#)
 toucher rectal chez [1](#), [19](#), 309-310
- Humeur. *Voir aussi Dépression*
 définition, 93e
 délire et démence et, 496t
 évaluation de [1](#), [92-93](#), [98](#)
 troubles de [1](#), 105t-106t
- Humilité culturelle, [61-62](#)
- [Hydrocèle](#), [417](#)
- Hydrocéphalie, [137](#), [420](#)
- Hygiène personnelle, [68](#), [97](#)
- Hymen, [287](#), [293](#), [437](#)
- Hypermétropie, [133](#), 148t, [432](#)
- Hyperostéose vertébrale ankylosante, [353t](#)
- Hyperplasie de l'endomètre, 419
- Hyperpnée, 87t
- Hypersonorité, 168e
- Hypertension artérielle
 classification, 74e, [191](#)
 dépistage, [191](#)
 de l'enfant et de l'adolescent, 419e, 431-432, 445t
 du sujet âgé, [484](#)
 pendant la grossesse, 461e, [468](#)
 régime pour [1](#), 86t
 systolique isolée, [74](#)
- Hypertension intracrânienne, [420](#)
- Hypertension pulmonaire, [426](#)
- Hyperthermie (fièvre), [66](#), [75-76](#), [233](#)
- Hyperthyroïdie, [135](#)
- Hypertonie. *Voir Rigidité, Spasticité*
- Hypertrophie bénigne (adénome) de la prostate, [306](#), [310](#), 312t-314t
- Hypertrophie ventriculaire gauche, 488
- Hyperventilation, 87t
- Hypoglosse (NC XII), 371e, 374
- Hypomaniaque, épisode, 106t
- Hypoplasie du cœur gauche, [425](#)
- Hypospadias, [273](#), 277t
- Hypotension orthostatique (ou posturale), 73e
- Hypothalamus, [363-364](#)
- Hypothermie, [75-76](#)
- Hypothèses, formuler et tester des, 22e, [48](#)
- Hypothyroïdie, [135](#)
- Hypotonie (flaccidité), [391-392](#), 402t, [429](#)
- Hystérectomie, et frottis cervicaux, 291
- I**
- Ictère (jaunisse), [232](#)
 néonatal, [420](#)
- Identification des problèmes, 21e-23e, [41](#)
- Identification d'un chiffre, 383
- Incapable, patient, [54-55](#)
- Incitations à continuer, [46](#), 50e
- Incontinence urinaire
 antécédents médicaux, [8](#), [233-234](#)
 du sujet âgé, 480, 481e, 494e
 types d', [234](#), 249t-250t
- Indice cheville-bras (ICB), [255](#), 266t-268t
- Indice de masse corporelle (IMC),
 calcul de [1](#), [69-71](#)
 de la femme enceinte, 458e
 de l'enfant, 431
 du sujet âgé, [485](#)
 très bas, 82t
- Infarctus du myocarde, 175t, [189](#), [228](#)
- Infection(s). *Voir aussi les différentes infections*
 et diarrhée, 247t, 249t
 du foie. *Voir Hépatites*
 génitale haute, [230](#), [288](#), 296
 respiratoires, [423](#), 424e
 sexuellement transmises. *Voir Maladies sexuellement transmises (MST)*
- Infection à VIH, 125t, [272](#). *Voir SIDA*
- Infection gonococcique 271, 331
- Infection herpétique
 du nourrisson, [420](#)
 génitale haute, [230](#), 279t, 298t
 labial (bouton de fièvre), 157t
 respiratoires, [423](#), 424e
- Infections virales, 180t, 232e, 247t
- Inflammation. *Voir aussi Arthrite*
 articulaire, [322](#)
 et toux, 180t-181t
 péritonéale, [239](#), 251t

Insight. *Voir Compréhension intuitive*
 Instabilité fémoropatellaire, 360t
 Installation du patient, [13](#)
 Insuffisance aortique, [196](#), 197e, [199](#), [257](#)
 Insuffisance artérielle, [262](#), 264t-265t
 Insuffisance cardiaque congestive, [198](#),
[426](#)
 Insuffisance mitrale, [199](#), 204e
 Insuffisance tricuspide, [195](#)
 Insuffisance veineuse, 264t-265t
 Insuffisance ventriculaire gauche, 178t,
 183t, 186t, [190](#)
 Intelligence limitée, [57](#)
 Interprètes, [56](#)
 Intimité, [13](#), [44](#)
 Introïtus (orifice vaginal), [287](#), [293](#), [466](#)
 Iris, [138](#)
 Irritants chimiques, 183t
 Irritation périnéale, [437](#)

J

Jambes arquées (du nouveau-né), [416](#)
 Jaunisse (ictère), [232](#), [420](#)
 Jobe, manœuvre de, [328](#)
 Jugement (du patient), [92](#), 93e, [98](#), 496t
 Jugulaires, veines, [195-196](#). *Voir aussi*
Pression veineuse jugulaire

K

Kaposi, sarcome de, 125t
 Kératose actinique (sénile), 124t, [485](#)
 Kératose séborrhéique, 124t, [485](#)
 Kernig, signe de, [388](#)
 Klinefelter, syndrome de, [281t](#)
 Koplick, signe de, 161t
 Kubler-Ross, stades de deuil de, [61](#)
 Kussmaul, respiration de, 87t
 Kyste(s)
 branchiaux, [423](#)
 congénitaux, [423](#)
 cutané, 116t
 du creux poplité, 343, 362t
 du sein, 214e
 du tractus thyroïdienne, [423](#)
 épidermoïde, 298t
 épididymaire, [283t](#)

et fistules préauriculaires, [423](#)
 pilonidal, 309
 sébacé, du cuir chevelu (loupe), [137](#)

L

Lachman, test de, 346
 Lactose, intolérance au, 248t
 Langage, [48](#), 93e, [97](#)
 développement du, [411](#)
 Langue, [144](#), 159t-160t, 374, 423
 géographique, 159t
 lisse, 159t
 pileuse, 159t
 plicaturée, 159t
 La Peyronie, maladie de, 277t
 Laryngite, 180t
 Laryngotrachéobronchite, 424e
 Lavage des mains, [20](#)
 Laxatifs, abus de, 249t
 LDL-cholestérol (*low-density lipoproteins*),
[192-193](#)
 Lentigo sénile (taches hépatiques), [485](#)
 Léopold, manœuvres de, [465](#), [468-470](#)
 Lésions
 buccales, 157t-161t
 cutanées, [68](#), [112](#), 115t-123t
 Léthargie, 390e
 Leuconychie, 129t
 Leucoplasie chevelue, 160t
 Lèvres, [144](#), 157t-158t
 Lèvres, grandes et petites, [287](#), [293](#)
 Libido, [270](#)
 Lichénification, 119t
 Ligament(s), [317](#)
 Ligament(s) du genou)
 croisé antérieur (LCA), [345-346](#), 361t
 croisé postérieur (LCP), 347
 latéral externe (LLE), [342](#), [345](#), 362t
 latéral interne (LLI) du genou, [342](#),
 347, 362t
 Ligament inguinal (arcade crurale), 285t,
[339](#)
 Lignes blanches des ongles, 129t
 Little, maladie de, [429](#)
 Localisation d'un point, 383

Locomoteur, appareil, [317-362](#). *Voir aussi les différentes structures*
 amplitude des mouvements, [351e](#)
 anomalies de l', [352t-362t](#)
 antécédents médicaux, [9](#), [273-322](#)
 chez l'enfant, [428](#), [438](#)
 chez le sujet âgé, [492](#)
 consigner les observations sur, [351e](#), [442e](#)
 évaluation des articulations, bases et astuces, [317](#), [320e](#)
 examen de l', [325-350](#)
 promotion de la santé et conseils, [323-325](#)
 symptômes banals ou inquiétants, [319e](#)
 Lombalgies, [320](#), [323](#), [352t-353t](#)
 Loupes (du cuir chevelu), [137](#)
Low-density lipoproteins (LDL), [193](#)
 Lupus érythémateux aigu disséminé, [322](#)

M

Mac Murray, test de, [346](#)
 Macula, [141](#), [142e](#)
 Macule, [115t](#)
 Mains, [331-336](#)
 de la femme enceinte, [468](#)
 flasques, [391](#)
 irrigation artérielle des, [260-261](#)
 Malabsorption, syndromes de, [248t](#)
 Maladie (en général). *Voir aussi les différentes maladies*
 actuelle, [3e](#), [4-5](#), [410](#)
 définition, [49](#),
 histoire de la, [3e](#), [4-5](#)
 point de vue du patient sur la, [47e](#), [49e](#)
 Maladie/mal, modèle, [48-49](#)
 Maladie artérielle périphérique, [253-255](#)
 Maladie cérébrovasculaire, [369](#)
 Maladie coronarienne (MC), [191-194](#)
 Maladie hémolytique, du nouveau-né, [420](#)
 Maladie inflammatoire de l'intestin, [248t](#)
 Maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO), [178t](#), [187t](#), [190](#), [488](#)
 Maladie sclérokytiste du sein, [214e](#)
 Maladie vasculaire pulmonaire, [425](#)

Maladies pulmonaires interstitielles
 diffuses, [179t](#)
 Maladies sexuellement transmises (MST)
 chez la femme, [289-291](#)
 chez l'enfant, [437](#)
 chez l'homme, [279t-280t](#)
 prévention des, [271-272](#), [291](#), [308](#)
 Malocclusion, [435](#)
 Maltraitance
 des enfants, [454t](#)
 des personnes âgées, [479](#)
 Mamelon
 au cours de la grossesse, [463](#)
 écoulement par le, [217](#), [219](#)
 inspection du, [216-217](#)
 maladie de Paget du, [217](#), [225t](#)
 rétraction et déviation du, [225t](#)
 Mammographie, [215](#), [478](#)
 Mandataire de santé, [55](#), [477](#)
 Maniaque, épisode, [105t-106t](#)
 Manières du patient, [81](#)
 Manifestations émotionnelles du patient, [46](#)
 Masséters, muscles, [326](#)
 Mastite, [214e](#)
 Mastoïdite, [142](#)
 Matité, à la percussion, [168e](#)
 Maturation sexuelle
 chez la fille, [449t](#), [452t-453t](#)
 chez le garçon, [450t-451t](#)
 Médecines douces, [6](#)
 Médian, compression du nerf (syndrome du canal carpien), [331](#), [335](#), [376](#)
 Médicaments/Traitements
 consommation de, chez le sujet âgé, [475](#)
 dans les antécédents médicaux, [3e](#), [5](#)
 diarrhée induite par des, [247t](#)
 incontinence secondaire à des, [250t](#)
 Mélanome, [111](#), [126t](#), [485](#)
 Méléna, [231](#)
 Membre(s) inférieur(s)
 chez la femme enceinte, [468](#)
 dépilation des, [254](#)
 douleur des, [253](#)
 élévation du, étendu, [388](#)

- examen des, [17](#), [258-262](#)
 flasques, [391-392](#)
 fraîcheur, engourdissements et pâleur des, [254](#)
 gonflement des, [254](#)
 maladies vasculaires, [253-254](#),
 264t-266t
 mesure de la longueur des, [350](#)
 mobilité des, chez le sujet âgé, 411e,
 494e
 ulcérations des, [254](#)
- Membres supérieurs
 douleur des, [253](#)
 examen des, [257-258](#)
 flasques, [391](#)
- Mémoire,
 chez le sujet âgé, [479](#), 481e, 423e
 dans le délire/la démence, 496t
 définition, 92e
 évaluation de la, [92-93](#), [99](#)
- Ménière, maladie de, [134](#)
- Méningés, signes, [388](#)
- Méningite, [132](#), 149t, [420](#)
- Ménisques du genou, [342](#), 346, 361t
- Ménopause, [289](#), [292](#)
- Mental, état
 activité motrice et, [96](#)
 antécédents médicaux, [5](#), [9](#), [49-50](#),
[91-94](#)
 consigner vos observations sur, 102e,
 442e
 dans le délire/la démence, 495t-496t
 de l'enfant, [417](#), 431, 442e
 examen de l', [18](#), 92e-93e, [96-101](#)
 promotion de la santé et conseils, [94-95](#)
 symptômes banals ou inquiétants, 91e
 troubles mentaux, [54](#), 89e-90e,
 103t-109t
- Microcéphalie, [420](#)
- Miction, [233-234](#), [306](#)
 impérieuse, [233](#)
- Migraine/Céphalées migraineuse, 131-
[132](#), 147t
- Mimique(s), [68](#), [97](#)
- Mini-Cog, le, 497t
- MMSE (Examen minimum de l'état
 mental), [101](#)
- Mode de vie, [6](#), [194](#)
- Moelle épinière, [312](#)
- Mort et fin de vie, [51](#)
- Moteur oculaire commun, nerf (NC III).
Voir Oculomoteur, nerf
- Moteur oculaire externe, nerf (NC VI).
Voir Abducens, nerf
- Motifs de consultation, 3e, [4](#), [410](#)
- Mouvements alternants rapides, [378](#)
- Mouvements d'un point à un autre, [378](#)
- Mouvements des yeux de poupée, [391](#)
- Mouvements involontaires, 375, 398t,
 400t-401t
- Mouvements oculaires, [390](#)
- MPCO. *Voir Maladie pulmonaire
 chronique obstructive*
- MST. *Voir Maladies sexuellement
 transmises*
- Muguet (candidose buccale), [423](#)
- Murmure vésiculaire, 169e
- Murphy, signe de, [208](#)
- Muscles
 extrinsèques de l'œil, [138-139](#), [371](#)
 force/faiblesse des, [56](#), [376-378](#), 398t
 masse des, 375, 398t
 tonus des, 375, 398t
 troubles du, 402t
- Musculosquelettique, système. *Voir
 Locomoteur, appareil*
- Myalgies, 321
- Myasthénie, [366](#), [376](#)
- Mycoplasma, infections à, 180t
- Myélopathie cervicoarthrosique, 355t
- Myocarde, [163](#), [426](#)
- Myopathie, [366](#), [376](#)
- Myopie, [133](#)
- N**
- Naegele, règle de, [457](#)
- Naevus/Naevi, [111](#), 126t
- Nausées, [132](#), [230](#)
- Ne pas nuire, [63](#)
- Ne pas réanimer (DNR), consigne de, [51](#)

- Négatifs, vrais et faux, 35e-36e
- Néoplasies. *Voir Cancer, Carcinomes, Tumeur*
- Nerfs
- compression d'une racine, [381](#)
 - crâniens, [18](#), [364](#), [370-374](#)
 - périphériques, 365
 - rachidiens (spinaux), 365
- Nerfs crâniens
- évaluation des, [18](#), [371-374](#)
 - fonction des, 370e-371e
- Nerveux, système, [363-407](#). *Voir aussi Mental, état*
- anomalies du, 393t-407t
 - antécédents médicaux, [9](#), 365-368
 - chez l'enfant, 416, 429, 438
 - chez le sujet âgé, [492-493](#)
 - composantes du, [363-365](#)
 - consigner les observations sur, 392e, 442e
 - examen du, [18](#), [370-392](#)
 - promotion de la santé et conseils, 368-369
 - symptômes banals ou inquiétants, 365e
- Neuropathie périphérique, 369
- Névralgie cervicobrachiale, 354t
- Névralgie faciale, 150t
- Nez
- antécédents médicaux, [7](#), 134
 - congestion du, 134
 - consigner les observations sur, 146, 441e
 - de la femme enceinte, 462
 - du nouveau-né, 422
 - examen du, [15](#), 144
 - saignement de (épistaxis), 135, 462
- Nodosités de Bouchard et Héberden, 333
- Nodule(s),
- cutanés, 116t
 - de la thyroïde, 162t
 - du sein, [217](#)
- Notes, prendre des, 39
- Nourrisson. *Voir aussi Enfant*
- cyanose du, 425
 - examen du, 417-429
 - hypertension du, de l'enfant et de l'adolescent, 419e, 431-432, 445t
 - périmètre crânien du, 418
- Nouveau-né. *Voir Enfant, Nourrisson*
- âge gestationnel du, [415](#), 443t
 - classification selon la maturation, 443t
 - constantes vitales du, 419
 - évaluation du, [413-416](#)
 - hypertension du, 419e
 - périmètre crânien du, 418
 - poids de naissance du, [415](#)
 - score d'Apgar, [414](#)
 - taille et poids, 418
- Noyaux (gris) de la base (« basal ganglia »), [363](#), 398t-399t
- Nutrition
- checklist pour le dépistage de la, 84t
 - de la femme enceinte, 458
 - du sujet âgé, 475, 481e, 494e
 - et hypertension, 86t
 - promotion de la santé et conseils, 66-67, 85t-86t, 323
 - sources de nutriments, 85t
- Nycturie, 234
- Nystagmus, [371](#), [421](#)
- O**
- Obésité, 67
- Objectifs de l'entrevue, [44-45](#)
- Obnubilation, 390e
- Obstruction biliaire, 198e
- Obturateur, signe de [1](#), 245
- Occlusion artérielle, 259
- Oculocéphalique, réflexe, [391](#)
- Oculomoteur, nerf (NC III), 370e, [371](#)
- Odeurs, du corps ou de l'haleine, 69, [487](#)
- Odorat, [371](#)
- Odynophagie, [231](#)
- Œdème(s), 190
- angioneurotique, 158t
 - de la grossesse, 462, [468](#)
 - de la peau du sein, 225t
 - déclive, 190
 - du scrotum, 277t
 - prenant le godet, 258

Œdème papillaire, [140](#), 153t
 Œil. *Voir Yeux*
 Œsophage, [164](#), 177t
 Œsophagite par reflux, 177t,
 Œstrogènes, tumeurs sécrétant des, 490
 Olfactif, nerf (NC I), 370e, [371](#)
 Omphalique(e)
 artère, [416](#)
 cordon, [416](#)
 hernie, [416](#)
 Ongles, [113](#), 129t
 Onycholyse, 129t
 Ophthalmoscope, 139e-140e
 Opposition (du pouce), [377](#)
 Optique, nerf (NC II), 370e, [371](#)
 Orchite aiguë, 281t
 Ordre du jour, de l'entrevue, [46](#)
 Oreilles. *Voir aussi Audition, Surdité*
 anomalies des, 155t-157t
 antécédents médicaux, [7](#), [133-134](#)
 chez l'enfant, 422, [433-434](#),
 chez le sujet âgé, [487](#)
 consigner les observations sur, 146e, 441e
 douleur des (otalgie), [134](#)
 examen des, [15](#), [142-143](#)
 Orgasme, 271
 Orgelet, 152t
 Orientation dans le lieu, le temps, les
 personnes
 chez le sujet âgé, [479](#)
 dans le délire/la démence, 496t
 définition, 92e
  valuation de l', [92](#), [99](#)
 Orthopnée, [163-164](#)
 Orthostatique, hypotension, 73e, [195](#),
 [484](#)
 Ortolani, manœuvre d', [428](#)
 Ostéoporose, [324-325](#)
 Ootalgie, [134](#)
 Otite
 externe, [134](#), [142](#), [434](#)
 moyenne, [134](#), [142](#), 155t-156t, [434](#)
 Otoloscope pneumatique, [434](#)
 Ovaire(s)
 cancer de l', [491](#)
 examen des, 296, 467

Ovulation, 291

P

Paget, maladie de, du mamelon, 225t
 Palpitations, [163](#)
 Panique, [107t](#)
 attaque de, 107t, 177t
 Papille optique, [140](#), 141e-142e, 153t,
 [371](#)
 Papillomavirus humain (PVH), infections
  , [290-291](#), [306](#). *Voir aussi*
 Condylomes
 Papule, 115t
 Paradoxal, pouls, [202-203](#)
 Paralangage, [51](#)
 Paralyse, [371](#)
 faciale, [137](#), 397t
 flasque, [391-392](#)
 Paratonie, 402t
 Paravertébraux, muscles, [337](#)
 Paresthésies, 367
 Parkinson, maladie de, 379-400t
 Parkinsonien, syndrome, 398t-399t
 Parole
 aphasie, [97](#)
 barrières linguistiques et, [56](#)
 bavard, [55](#)
 chez le sujet âgé, [479](#)
 coléreux ou perturbateur, [55](#)
 confidentialité et, [45](#), [54](#)
 dans le délire/la démence, 495t
  tat mental et, [93](#), [97](#)
 Partenariat avec le patient, [52](#), [63](#)
 Pathétique, nerf (NC IV). *Voir*
 Trochléaire, nerf
 Patient,
 abord du, [12](#), [472-473](#)
 ayant des problèmes personnels, [57](#)
 ayant une intelligence limitée, [57](#)
 confort du, [13](#), [460e](#)
 culture et ethn e du, [61-62](#)
 déroutant, [54](#)
 en fin de vie, [61](#)
 entrevue avec le, [43-64](#)
  tablir la relation avec le, [45](#), 430e

- facilitation de l'anamnèse du, [46](#)
 illettré, [56](#)
 incapable, [54-55](#)
 malentendant, [57](#)
 malvoyant, [57](#)
 manifestations émotionnelles du, [46](#)
 partenariat avec le, [52](#), [63](#)
 perception de la maladie, 47e, 49e
 position du, 11e-12e, [14](#), 460e, [463](#)
 qui pleure, [55](#)
 relations sexuelles avec le clinicien, [63](#)
 responsabilisation du, [53](#)
 silencieux, [53-54](#)
- Patient pédiatrique. *Voir* *Enfant*
- Paupières, [138](#)
 anomalies des, 151t-152t
 chez le sujet âgé, [486](#)
 inspection des, [138](#)
- Pavillon (de l'oreille), [142](#), [442](#)
- Peau
 antécédents médicaux, [7](#)
 appendices de la, [428](#)
 cancers de la, [111](#), 124t-126t, [478](#),
 [485](#)
 capiton de la, du sein, 224t
 coloration de la, [68](#), [112](#), 114t, 424e
 consigner les observations sur, 113e
 d'orange, signe de la, 225t
 du nourrisson, 419-420
 du sujet âgé, [485-486](#)
 examen de la, [14-15](#), [112-113](#), [137](#)
 lésions de la, [112](#), 115t-126t
 naevi (grains de beauté), [93](#), 126t
 promotion de la santé et conseils, [93](#)
 symptômes banals ou inquiétants, 93e
 tumeurs de la, 104t-105t
- Pectoriloquie aphone, 171e
- Pectus carinatum* (thorax en bréchet),
 [185t](#)
- Pectus excavatum* (thorax en entonnoir),
 [185t](#)
- Pelade, 127t
- Pénis
 anomalies du, 271, 277t-278t
 cancer du, [273](#), 278t
 chez le garçon, 450t-451t
 de l'homme âgé, [491](#)
 écoulement par le, 271
 examen du, [18](#), [273](#)
- Pensées récurrentes ou inhabituelles, [92](#),
 [94](#), [98](#)
- Perceptions, [92](#), [98](#), 496t
- Percussion du thorax, [167-168](#), [173](#),
 186t-187t
- Péricardite, [163](#), 175t-176t
- Périmètre crânien, 418
- Périonyxis, 129t
- Perles épithéliales d'Epstein, [423](#)
- Personne de confiance, [47](#), [477](#)
- Pertes vaginales, [289](#), 302t, [437](#)
- Pétéchies, 123t
- Peutz-Jeghers, syndrome de, 158t
- Phalen, signe de, [336](#)
- Pharyngite, [135](#), 160t
- Pharynx
 anomalies du, 161t
 antécédents médicaux, [7](#), [135](#)
 de l'enfant, [423](#), [434-435](#)
 examen du, [15](#), [145](#)
- Phase postcritique, 368
- Phimosis, [273](#)
- Phobies, 107t
- Picotements des yeux, du nez, de la gorge,
 [134](#)
- Pieds
 examen des, 347-350
 fraîcheur, engourdissements et pâleur
 des, [254](#)
 gonflement des, [254](#)
 ulcérations des, 265t-266t
- Pigmentation de la peau, [420](#)
- Pilonidal, kyste, 309
- Pilosité pubienne, [293](#), 450t-453t
- Pinguecula, 152t
- Plaintes principales. *Voir* *Motifs de
 consultation*
- Planning familial, 291
- Plaque cutanée, 116t
- Pleurale, douleur, [163](#), 176t
- Pleurésie, [228](#), 251t
- Pneumogastrique, nerf (NC X). *Voir*
 Vague, nerf

- Pneumonie, 179t-180t, 419, 424e
 bactérienne, 180t
- Pneumothorax, 179t, 187t
- Poids
 conseils concernant le, [67](#)
 de la femme enceinte, 458, 461
 de l'enfant et de l'adolescent, 418, 431
 de naissance, [415](#), 443t
 du sujet âgé, 481e, [485](#)
 examen général et, [69](#)
 indice de masse corporelle (IMC),
[69-71](#)
 variations du, [65](#)
- Poignets, 331-336, [376](#)
- Poils. *Voir Cheveux et poils*
- Pointe du cœur, [74](#). *Voir aussi Choc apexien*
- Poitrine. *Voir Thorax*
- Polyarthrite rhumatoïde
 douleurs dans la, 321-322
 du sujet âgé, [492](#)
 genoux dans la, 359t
 nodules, 333
 poignets et mains dans la, 331-333
 symptômes de la, 356t-357t
- Polydactylie, [428](#)
- Polyneuropathie (polynévrite), [366](#), [376](#)
- Polype
 cervical, 301t
 rectal, 314t
- Polyurie, 234
- Positifs, vrais et faux, 35e-36e
- Position du corps, observation de la, 374
- Position du patient, pour l'examen
 physique, 11e-12e, [14](#), 460e, [463](#)
- Postcritique, phase, 368
- Post-traumatique, stress, 108t
- Posture, [69](#), [96](#), [390](#)
- Pouces, 333-334, [377](#)
- Pouls artériels
 alternant, [202](#)
 brachial (huméral), [258](#)
 carotidien, [196](#)
 chez le nourrisson, 419, [426](#)
 chez le sujet âgé, [491](#)
 fémoral, [259](#)
 palpation et cotation des, 257e, 257-
[259](#)
 paradoxal, [202-203](#)
 pédieux, [259](#)
 poplité, [259](#)
 radial, [74](#), [195](#), [257](#)
 tibial postérieur, [259](#)
- Poumon(s)
 abcès du, 182t
 anomalies des, 175t-183t, 186t-187t
 antécédents médicaux, [163-164](#)
 cancer du, 179t, 182t
 consigner les observations sur, 174e,
 442e
 de la femme enceinte, [462](#)
 du nourrisson, [423-425](#)
 du sujet âgé, 488
 et dyspnée, 178t-179t
 évaluation de la fonction des, [173](#)
 examen des, [15-16](#), [165-174](#)
 promotion de la santé et conseils,
[164-165](#)
 symptômes banals ou inquiétants, 163e
- Pouteau-Colles, fracture de, [332](#)
- Précautions standards et universelles,
[19-20](#)
- Précision, 35e
- Prééclampsie, 461e
- Préhension, [376](#)
- Préhypertension, 74e, [191](#)
- Préjugés, [62](#)
- Presbytie, [133](#), [486](#)
- Présentation du fœtus, [468](#), [470](#)
- Présentation du siège, [469](#)
- Pression artérielle (PA). *Voir aussi Hypertension artérielle, Hypotension orthostatique*
 brassards pour la prise de la, 72e, 431
 chez la femme enceinte, 461, [468](#)
 chez l'enfant et l'adolescent, 418, 431-
[432](#), 445t
 chez le sujet âgé, [484](#)
 classification de la, chez l'adulte, 74e
 diastolique, 74e, [484](#)
 et régime, 86t
 mesure de la, [72-74](#), [195](#)

- promotion de la santé, [195](#)
systolique, 74e, [195](#), [418](#)
- Pression différentielle, [414](#)
- Pression veineuse jugulaire, [196](#)
- Primum non nocere* (d'abord ne pas nuire), [63](#)
- Principes de Tavistock, 63-64e
- Prise de décision
capacité du patient et, 54-55, [94](#)
fondée sur les faits, 22e
- Prise de poids, chez la femme enceinte, 458
- Problèmes, liste des, [36](#)
- Processus de la pensée
dans le délire/la démence, [479](#), 496t
définition, 92e
évaluation des, [98](#)
- Processus pathologiques, 22e
- Projet, 23e, [49](#)
- Prolapsus génitaux, 303t
- Prolapsus mitral, [203](#), 204e
- Promotion de la santé et conseils
chez la femme enceinte, 457-460
chez l'enfant, 412-413
chez le sujet âgé, 477-479
pour arrêter de fumer, 164-165, [459](#)
pour l'alcool et les substances, [95](#), [235](#)
pour l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA), [256](#)
pour l'artériopathie rénale, [256](#)
pour l'exercice physique, [67](#), [323](#), [459](#), [478](#)
pour l'hypertension artérielle, [191](#)
pour l'ostéoporose, 324-325
pour la contraception, 291
pour la démence, [479](#)
pour la dépression, 94-95
pour la maladie artérielle périphérique, 255-256
pour la maladie cardiovasculaire, 190-194
pour la ménopause, [292](#)
pour la nutrition, [67](#), [323](#), 458
pour la peau, [111](#)
pour la prévention des chutes, 323-324
pour la santé buccodentaire, [136](#)
pour la surdité, [136](#)
pour la tendance suicidaire, [95](#)
pour la violence conjugale, 459-460
pour la vision, [136](#)
pour le cancer colorectal (dépistage), [236](#), 308
pour le cancer de la prostate (dépistage), 307-308
pour le cancer du sein (facteurs de risque et dépistage), 214-215
pour les AIT, 369
pour les AVC, 191-192, 369
pour les douleurs du bas du dos, [323](#)
pour les dyslipidémies, 192-193
pour les frottis cervicaux de dépistage, 290-291
pour les hépatites (facteurs de risque), 235-236
pour les MST et le VIH, [272](#), 291
pour les seins, 213-215
pour les testicules (auto-examen), [272](#)
pour les vaccinations, [412](#), 460
pour un poids optimal, [67](#)
- Prostate
cancer de la, 307-308, [315](#), [491](#)
examen de la, 309-310
hypertrophie bénigne (ou adénome) de la, [306](#), [310](#), [312t-314t](#), [491](#)
infection de la (prostatite), 233, [310](#), 315t
Prostate specific antigen (PSA), dosage du, 307-308
- Prostatite, 233, [310](#), 315t
- Protection de la santé, [5](#), 23e
en pédiatrie, [412](#), 444t
- Prurit vulvovaginal, [289](#)
- Pseudo-cicatrices, [485](#)
- Pseudo-claudication, 352t
- Pseudopolyarthrite rhizomélique, [322](#)
- Psoas, signe du, [244](#)
- Psoriasis, [137](#)
- Psychiatriques, troubles. Voir *Mental, état*
- Psychotiques, troubles, 109t
- Psychopathologique, processus, 22e
- Ptérygoïdiens, muscles, [326](#)
- Ptosis palpébral, 151t, [416](#)

INDEX

Puberté, [293](#), [439-440](#). *Voir Maturation sexuelle*
précoce, [437](#)
Pulmonaire, valvule
atréisie, [425](#), 447t
sténose, [198](#), 211t, [425](#), 446t
Pulsations veineuses
des veines jugulaires, [195](#), 488
des veines rétinienne, 141e
Pupilles, [138](#), [371](#), [390](#), 407t
Purges, 82t
Purpura, 123t
actinique, [485](#)
Pustule, 118t
Pyélonéphrite, 233
Pyrosis, [230](#)

Q

Quadriceps, 341
Questions/Interrogatoire, [48](#), [50-51](#)
sur des sujets délicats, [58-61](#)
Queue de cheval (cauda equina), [364](#)
syndrome de la, [274](#)

R

Rachidiens (spinaux), nerfs, 365
Rachis (colonne vertébrale), [15](#), [337-338](#)
Radial
nerf, [376](#)
pouls, [74](#)
Radiculopathie, 352t, 354t, [376](#), [388](#)
Raideur de la nuque, [388](#)
Raideur des articulations, [322](#), 353
Raisonnement clinique, [21-23](#). *Voir aussi Évaluation*
Râles (pulmonaires), 170e
Rapport excavation/papille, [487](#)
Rassurer le patient, [52](#)
Rate, [17](#), [240-241](#)
Raynaud, maladie/phénomène de, [254](#)
Rebond aux analgésiques, céphalées par, 148t
Recherche de sang occulte dans les selles (RSOS), 308
Réconfort du patient, [52](#)

Rectocèle, [293](#), 303t
Rectocolite ulcérohémorragique, 248t
Rectum
cancer du, 315t
examen du. *Voir aussi Toucher rectal*
anomalies à l', 314t-315t
chez la femme, [19](#), 296, [310](#)
chez l'homme, [19](#), 309-310
chez le sujet âgé, [491](#)
hémorragie (rectorragie), [306](#)
polypes du, 314t
Reflet lumineux (des vaisseaux rétinien), 141e
Reflet lumineux sur la cornée, [432](#)
Reflet rouge, [140](#)
Réflexe anal, 387
Réflexe cornéen, [372](#)
Réflexe cutané plantaire, 387, 399t
Réflexe nauséeux, [373](#)
Réflexe oculocéphalique, [391](#)
Réflexes cutanés abdominaux, 387, 399t
Réflexe(s) ostéotendineux
achilléen, 386, 468
bicipital, 384
chez la femme enceinte, [468](#)
cotation, 384e
recherche des, [18](#), 384-386
rotulien, [329](#), [468](#)
supinateur (styloradial), [385](#)
tricipital, [385](#)
troubles moteurs et, 399t
Réflexes primaires (du nourrisson), [429](#)
Réflexion sur soi, [44](#)
Reflux gastro-œsophagien, 182t, [230](#)
Regard, [6](#) directions du, [139](#)
Régime alimentaire,
antécédents médicaux, [6](#), [410](#)
chez le sujet âgé, 475
modifications pour l'hypertension, 86t
promotion de la santé et conseils, [73](#)
Regorgement, mictions par, 234, 250t
Reins, [17](#), 227e, [241](#)
Respiration. *Voir aussi Respiratoire, appareil*
anomalies de la, 86t-87t
chez la femme enceinte, [462](#)

- chez le nourrisson, 419, [423-425](#)
 chez le patient comateux, 389-390
 dyspnée, [164](#), 178t-179t, [189-190](#)
 fréquence et rythme de la, [75](#), [165](#)
 suspireuse, 87t
- Respiration ataxique, de Biot, 87t
- Respiratoire, appareil. *Voir aussi Poumon*
 anomalies de l', 176t, 178t-187t,
 antécédents médicaux, [7](#), [163-164](#)
 chez la femme enceinte, [462](#)
 consigner les observations sur, 174e
 dyspnée, 178t-179t, [189-190](#)
 évaluation de la fonction de l', [173](#)
 examen de l', [15-16](#)
 promotion de la santé et conseils, [164-165](#)
 symptômes banals ou inquiétants de l',
[68](#), 163e
- Respiratoires, infections, [423-424](#)
- Résumé, [52](#)
- Retard staturopondéral, [417](#)
- Réticulée activatrice, formation, [364](#)
- Rétine, [133](#), 141e-142e
- Rétinopathie diabétique, 154t
- Retour veineux pulmonaire anormal total,
[425](#)
- Rétrécissement aortique (RA), [196](#), [198](#),
[203](#), [446t](#), [489](#)
- Rétrécissement mitral, 178t, 183t, [198](#),
 212t
- Revue des appareils, 3e, [6-9](#). *Voir aussi les
 différents appareils*
- Rhinite, [134](#)
- Rhinorrhée, [134](#)
 postérieure, 181t
- Rhumatisme articulaire aigu, 321
- Rhumatisme dégénératif. *Voir Arthrose*
- Rigidité, [390](#), [402t](#)
- Rinne, épreuve de, [143](#), 157t, [373](#)
- Romberg, signe de, 379
- Ronchi (râles ronflants), 170e
- Rotule (patella), [342](#), [344](#)
- Roue dentée, phénomène de la, 402t
- Rovsing, signe de, [244](#)
- Rythme cardiaque, [75](#), [426](#)
 foetal (RCF), [465](#)
- S**
- SARM (*staphylococcus aureus* résistant à la
 méthicilline), précautions contre
 les, [19](#)
- Sacro-iliaque, articulation, [337](#)
- Salpingite, 251t
- Sang
 dans les selles, [306](#)
 dans les urines (hématurie), [233](#)
 occulte, recherche dans les selles, 308
- Sarcoïdose, 179t
- Sarcome de Kaposi, 125t
- Satiété précoce, [230](#)
- Scaphoïde, fracture du, [332](#)
- Scapula alata* (décollement de
 l'omoplate), [339](#)
- Schizoaffectif, trouble, 109t
- Schizophrénie, 109t
- Schizophréniforme, trouble, 109t
- Sciatique, nerf, [337](#)
 douleur, 352t
- Sclérose du tympan, 155t
- Sclérose en plaques, [376](#)
- Sclérotiques, [138](#)
- Scoliose, [350](#), [440](#)
- Scrotum
 anomalies du, 277t-278t
 de l'enfant, [427](#), [437](#)
 du sujet âgé, [491](#)
 examen du, [18](#), [273-274](#)
 hernie inguinale descendant dans le,
 278t
 œdème du, 277t
- Sécurité, [5](#), [478](#)
- Sein (s), 213-225
 antécédents, [7](#), 213
 auto-examen des, des seins, [215](#),
 220e-221e
 cancer du, [214-215](#), 223t-225t, [478](#)
 chez la femme enceinte, [463](#)
 chez l'enfant et l'adolescent, [426](#), [439](#),
 449t
 chez le sujet âgé, [489](#)
 consigner les observations sur, 222e,
 442e
 écoulement par le, 219

INDEX

- examen du, [16](#), [215-221](#)
- masses du, [214](#)
- promotion de la santé et conseils, 213-215
- symptômes banals ou inquiétants, 213e
- Sélection et utilisation d'un test, 35e-37e
- Selles, [231](#), [306](#)
- Sens de la position, 356-357, 382
- Sens vibratoire, 382
- Sensibilité (test), [46-49](#)
- Sensibilité (d'un test), 36e-37e
- Sensibilité(s)
 - discriminative, 382-384
 - examen de la, [380-384](#)
 - perte de (anesthésie), 367
 - tactile, [380-381](#)
- Sensitif, système, [18](#), [380-384](#)
- Séquence de l'examen physique, 11e-12e, [13-14](#)
 - chez l'enfant, 413e
- Série de [7](#), [99](#)
- Séances physiques, [60](#), [459-460](#), [479](#)
- Sexualité, dans les relations clinicien-patient, [63](#)
- Sexuels, antécédents et fonction, [58](#)
 - chez la femme, [289](#)
 - chez l'homme, [270-271](#)
- SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise)/Infection à VIH, 125t
- Sifflements (wheezing), [164](#), [166](#), 170e
- Sigmoidoscopie, 308
- Signes, 21e. *Voir aussi Symptômes vitaux. Voir Constantes Vitales*
- Sillon (de la gale), 118t
- Sinus, [7](#), [15](#), [134](#), [144](#)
- Sinusite, 148t-149t
- SITS, muscles, [328](#)
- Skène, glandes de, [287](#), [466](#)
- Soins palliatifs, [476-477](#)
- Soins préventifs, en pédiatrie, [412](#), 444t
- Somatisation, [54](#)
- Somatoformes, troubles, [90](#), 103t-104t
- Sommeil, troubles du, [94](#)
- Sonorité pulmonaire, 168e
- Souffle abdominal, 237-238e
- Souffle(s) cardiaque(s)
 - causes probables des, 211t-212t
 - chez la femme enceinte, [463](#)
 - chez l'enfant, 435-436, [446-448](#)
 - chez le sujet âgé, [489](#)
 - continus, 212t
 - diastoliques, [199](#)
 - grades des, 202e
 - identification des, [200-201](#), [203](#), 211t-212t
 - systoliques, [199](#), [203](#), 211t
- Souffle carotidien, [196](#), 488
- Sourcils, [104](#)
- Spasmes diffus de l'œsophage, 177t
- Spasticité, 402t
- Spécificité(d'un test), 36e-37e
- Spéculum vaginal, [294](#)
- Spermatocèle, [283t](#)
- Sphéroïde, articulation (enarthrose), 319e
- Spinal accessoire, nerf (NC XI), 371e, 374
- Spinocellulaire, carcinome, 124t-125t, [485](#)
- Spondylarthrite ankylosante, 353t
- Squames, 119t
- Station debout, 379-380
- Sténose de la carotide, 488
- Sténose du canal rachidien, [253](#), 352t
- Sténose du pylore, [427](#)
- Sténose pulmonaire, [198](#), 211t
- Stéréognosie, 383
- Sternocléidomastoïdiens, muscles, [166](#), 374
- Strabisme, [421](#), [432](#)
- Streptococcique, angine/pharyngite, [135](#)
- Stress, 108t
 - post-traumatique, 108t
- Stridor, [166](#), [424e](#)
- Structures articulaires, [317](#), [322](#)
- Structures non articulaires, [317](#), [322](#)
- Stupeur, 389-390e
- Style de vie. *Voir Mode de vie*
- Substance blanche, [363](#)
- Substance grise, [363](#)
- Sueurs nocturnes, [66](#)
- Suicide, [95](#)

- Suites de chiffres, [99](#)
- Sujet(s) âgé(s), 471-497
 antécédents médicaux, [472-473](#)
 chutes, [323-324](#), [482-483](#)
 consigner les observations sur, 493e-494e
 contenu et rythme de la consultation du, [472](#)
 délire et démence chez le, [479](#), 495t-496t
 dimensions culturelles du vieillissement, [473](#)
 douleur aiguë et persistante, 475, 476e
 examen du, 480-493
 maltraitance du, [479](#)
 obtention des symptômes chez le, [472-473](#)
 ostéoporose, [324](#)
 pièce de consultation, [472](#)
 points importants, 474-477
 promotion de la santé et conseils, [477-479](#)
 troubles cognitifs du, [473](#), [479](#), 497t
- Surdit e
 antécédents de, [7](#)
 chez le sujet âgé, [136](#), [487](#)
 de perception (neurosensorielle), [134](#), 156t-157t, [373](#)
 de transmission (de conduction), [134](#), 156t-157t, [373](#)
 entrevue avec un patient malentendant, [57](#)
 types de, 156t-157t
- Surpoids, patients en, [67](#), [69-70](#)
- Sutures crâniennes, [420](#)
- Symptômes. *Voir aussi les différents appareils et organes*
 attributs des, 47e-48e
 caractérisation des, [4](#)
 chronologie, [33](#), 47e, [66](#)
 identification des, 21e
 inexplicables, 89e-90e, 103t-104t
 multiples (polysymptomatologie), [54](#)
 obtention des, chez le sujet âgé, 472-[473](#)
- Syncope, 367
- Syndactylie, [428](#)
- Syndrome d'immunodéficience acquise. *Voir SIDA*
- Syndromes gériatriques, [443](#). *Voir aussi Sujet âgé*
- Synoviale, articulation, 318e-319e
- Syphilis
 chancre labial de la, 158t
 chancre pénien de la, [273](#), 280t
 chancre vulvaire de la, 299t
 plaque muqueuse de la, 160t
 secondaire, 299t
- Système moteur
 examen du, 18e, 374-380
 troubles du, 398t-399t
- Système nerveux, [363-407](#). *Voir Nerveux, système*
 central (SNC), [363-364](#), 397t-399t
 périphérique, [364-365](#), 397t-399t
- Système sensitif, [18](#), [380-384](#)
- Système vasculaire périphérique, [253-268](#)
 anomalies du, 264t-266t
 antécédents médicaux, [8](#), [253-254](#)
 chez le sujet âgé, [491](#)
 consigner les observations sur, 263e
 examen du, [17](#), [257-262](#), 266t-268t
 promotion de la santé et conseils, [255-256](#)
 symptômes banals ou inquiétants, 253e
- T**
- Tabagisme
 antécédents médicaux, 3e, [5](#)
 chez le sujet âgé, [476](#)
 lutte contre le, [164-165](#)
 pendant la grossesse, [459](#)
- Tabatière anatomique, [332](#)
- Taches cutanées, 115t
- Taches mongoloïdes, [420](#)
- Taches rubis, [485](#)
- Tachycardie supraventriculaire paroxystique, 419, [426](#)
- Tachypnée, 86t
- Taille, [69](#)
 du nourrisson, 418
 de la femme enceinte, 461

- du sujet âgé, [485](#)
- Tavistock, principes de, [64e](#)
- Teigne tondante, [128t](#)
- Télangiectasies hémorragiques familiales (maladie de Rendu-Osler), [158t](#)
- Température
 - axillaire, [76](#)
 - buccale, [75-76](#)
 - du sujet âgé, [484](#)
 - intolérance thermique, [135](#)
 - mesure de la, [76-77](#)
 - rectale, [75, 77](#)
 - sensibilité à la, [381](#)
 - tympanique, [76-77](#)
- Temporaires, muscles, [326, 372](#)
- Temporomandibulaire, articulation (ATM), [326](#)
- Temps d'expiration forcée, [174](#)
- Tendinite, [321](#)
 - bicipitale, [329, 358t](#)
 - de la coiffe des rotateurs, [358t](#)
- Tendon(s), [317](#)
- Tendon d'Achille, [348](#)
- Ténosynovite, [321](#)
 - de De Quervain, [332, 335, 376](#)
- Terry, ongles de, [129t](#)
- Test, sélection et utilisation d'un, [35e-37e](#)
- Testicule(s)
 - anomalies des, [281t-282t](#)
 - auto-examen des, [272, 275e -276e](#)
 - chez l'enfant et l'adolescent, [437, 450t-451t](#)
 - du sujet âgé, [491](#)
 - examen des, [273-274](#)
 - petit, [281t](#)
 - tumeur du, [282t](#)
- Testing musculaire, [375e](#)
- Tête. *Voir aussi Crâne, Face*
 - antécédents médicaux, [7, 131-132](#)
 - consigner les observations sur, [146e, 441e](#)
 - de la femme enceinte, [462](#)
 - du nourrisson, [418, 420-421](#)
 - du sujet âgé, [486-487](#)
 - examen de la, [15, 137](#)
 - périmètre crânien, [418](#)
 - symptômes banals ou inquiétants, [131e](#)
- Tétralogie de Fallot, [447t](#)
- Thalamus, [363](#)
- Thermomètres, [76](#)
- Thorax, [161-187](#)
 - anomalies du, [175t-187t](#)
 - antécédents médicaux, [163-164](#)
 - antérieur, [16, 172-174](#)
 - consigner les observations sur, [174e](#)
 - de la femme enceinte, [462](#)
 - douleur ou gêne dans le, [163-164, 175t-177t, 189](#)
 - du nourrisson, [423-425](#)
 - du sujet âgé, [488](#)
 - en bréchet (pectus carinatum), [185t](#)
 - en entonnoir (pectus excavatum), [185t](#)
 - en tonneau, [184t](#)
 - examen du, [15-16, 165-174](#)
 - forme du, [166, 184t-185t](#)
 - postérieur, [15-16, 166-171](#)
 - symptômes banals ou inquiétants, [163e](#)
- Thrills (frémissements), [197, 202e, 426](#)
- Thromboangéite oblitérante (maladie de Buerger), [257](#)
- Thyroïde, glande, [135, 145, 162t, 462](#)
- Thyroïdite de Hashimoto, [162t](#)
- Tics, [401t](#)
- Tinel, signe de, [336](#)
- Tiroir antérieur, signe du, [345, 361t](#)
- Toilette du patient, [68, 97](#)
- Torsion du cordon spermatique (du testicule), [284t, 437](#)
- Torsion du tibia, [428](#)
- Torticolis spasmodique, [401t](#)
- Toucher léger (sensibilité), [381](#)
- Toucher rectal (TR), [309-310](#)
- Toucher rectovaginal, [296, 467, 491](#)
- Toucher vaginal, [19, 296](#)
 - chez la femme âgée, [491](#)
 - chez la femme enceinte, [466-467](#)
- Tour de taille, [71](#)
- Toux, [164, 180t-183t](#)
- Toxicomanies. *Voir Abus de substances*
- Trachée, [145, 163, 186t-187t](#)

- Trachéite bactérienne, [424](#)
 Trachéobronchite, 176t, 180t
 Tractus thyroïdienne, kystes du, [423](#)
 Traitements. *Voir Médicaments*
 Transmission de la voix, [171](#), [173](#),
 186t-187t
 Transpiration, [66](#), [135](#)
 Transposition des gros vaisseaux, [425](#),
 447t
 Transverse du tarse, articulation, [349](#)
 Trapèzes, muscles, 374
 Tremblements, 375, 400t
 Trépidation épileptoïde (clonus) du pied,
 386
 Triangle lumineux, [143](#)
Trichomonas, vaginite à, 302t
 Trichotillomanie, 127t
 Trijumeau, nerf (NC V), 370e, [372](#)
 Trijumeau, névralgie du (névralgie faciale),
 150t
 Trochléaire, nerf (NC IV), [370e-371](#)
 Tronc, [377](#)
 Tronc cérébral, [364](#)
 Trou auscultatoire, 73e, [195](#)
 Trouble anxieux généralisé, 108t
 Trouble délirant, 109t
 Trouble obsessionnel compulsif (TOC),
 108t
 Troubles du comportement alimentaire,
[70](#), 82t-83t
 Troubles du rythme cardiaque, [75](#),
[205t-210t](#), [426](#)
 Troubles du sommeil, [94](#)
 Tube digestif (estomac et intestin)
 antécédents médicaux, [8](#), [227-233](#)
 douleur thoracique due à des troubles
 du, 177t
 examen du, [237-239](#)
 symptômes banals ou inquiétants, 227e
 Tuberculose pulmonaire, 181t
 Tumeur. *Voir aussi Cancer*
 cérébrale, [132](#), 149t
 de la peau, 124t-125t
 du testicule, 282t
 fibromyome utérin, 304t
 sécrétant des androgènes, 490
 sécrétant des œstrogènes, 490
 Turgor (de la peau), [420](#)
 Tuteur légal, [55](#)
 Tympan (caisse et membrane du), 142-
[143](#), 155t-156t, [433-434](#)
 Tympanisme, 168e
 TYONG (Tête, Yeux, Oreilles, Nez,
 Gorge)
 antécédents médicaux, [7](#), [131-135](#)
 chez le sujet âgé, [486-487](#)
 consigner les observations sur, 146e,
 441e
 examen de, [15](#), [137-146](#)
 interprétation des trouvailles,
 147t-162t
 promotion de la santé et conseils, [136](#)
- U**
 Ulcération/Ulcère
 aphteuse (aphte), 160t
 cutanée, 121t
 de stase veineuse, [254](#)
 des membres inférieurs, [254](#)
 des pieds et des chevilles, 265t-266t
 neurogène, 266t
 Ulnaire (cubital), nerf, [376](#)
 Urétrite, [202](#), 227e, [229](#), [247](#)
 Urètre, [287](#)
 caroncule de l', [293](#), 490
 infection de l'(urétrite), [233](#), 271, [293](#)
 Urétrocystocèle, [293](#), 303t
 Urinaires, voies, [8](#), 227e, [233-234](#)
 Urine
 couleur de l', [232](#)
 sanglante (hématurie), [233](#)
 Urticairé, 117t
 Utérus
 bicorné, 467
 contractilité de l', 464
 examen de l', [19](#), 296
 fibromyome de l', 304t
 pendant la grossesse, [456-457](#), 464,
[466](#)
 positions de l', 304t
 prolapsus de l', 303t

V

- Vaccinations, [5](#), [411](#), 460, 478
- Vagin
 adénose du, 301t,
 écoulement par le (pertes vaginales),
 289, 302t, 437
 examen du, 19, 295
 hémorragie du, 437
 infections du (vaginites), 302t, 437
 parois du, dans la grossesse, [466](#)
 sonde d'échographie endovaginale,
 457
- Vaginose bactérienne, 302t
- Vague, nerf (NC X), 371e, [373](#)
- Vaisseaux périphériques. *Voir Système vasculaire périphérique*
- Valeur prédictive, 36e-37e
- Valeurs, définition des, 62
- Validation, [52](#)
- Validité, 35e
- Valsalva, manœuvre de, 203
- Valvule aortique
 insuffisance de la, [196](#), [199](#), [201](#), 257
 rétrécissement de la, [196](#), [198](#), 203,
[446t](#), [489](#)
 sclérose de la, [489](#)
- Valvule mitrale
 insuffisance de la, [199](#), 204e
 prolapsus de la, 203
 rétrécissement de la, 178t, 183t, [199](#),
 212t
- Valvule pulmonaire
 atrésie de la, 425, 447t
 sténose de la, [198](#), 211t, 425, 446t
- Valvule tricuspide
 insuffisance de la, [195](#), [211t](#)
- Varices, 260, 468
 linguales, 160t
- Varicocèle, 284t
- Vasovagale, syncope, 367
- Végétations vénériennes (condylomes),
 273, 279t, 298t, 306
- Veines
 en étoile, 122t
 jugulaires, [195-196](#)
 rétinienne, 140-141e
 variqueuses (varices), 160t, 260, [468](#)
- Vertiges, 134, [366](#)
- Vésicaux, troubles, 233-234, 249t-250t,
 320
- Vésicule, 117t
- Vésicule biliaire, [164](#)
- Vibrations vocales, [167](#), 186t
- Vices de réfraction, et céphalées, 132,
 148t
- Vieillard. *Voir Sujet âgé*
- Vigilance, [92](#), 96, 390e
- Violence conjugale, [60](#), 459
- Virus de l'immunodéficience humaine
 (VIH), infection due au, 125t,
 272, 308
- Vision
 acuité visuelle, 137, [371](#), 432-433e,
[486](#)
 antécédents médicaux, 132-133
 céphalées et, 132, 148t
 défauts du champ visuel, 151t
 de l'enfant, 422e, 433e
 double (diplopie), 133, [366](#)
 du sujet âgé, 136, 478, 481e, 494e
 entrevue avec un patient malvoyant, [57](#)
 examen de la, [15](#), 137, 421-422, 432-
 433, 494e
 promotion de la santé et conseils, 136
 troubles de la, 132-133, 136
- Vitamine D, sources de, 85t
- Vitré, 133, 141
- Vocabulaire, évaluation du, 100
- Voies lacrymales, 138
- Voix
 transmission de la, 171, 173, 186t-187t
 troubles de la, [373](#)
- Volet costal, 184t
- Vomissements, 132, [230](#)
 incoercibles, de la grossesse, 461
- Vrais négatifs/vrais positifs, 35e-36e
- Vulve, lésions de la, 298t-299t
- Vulvovaginite, 233. *Voir Vagin, infections du*

W

Weber, épreuve (de latéralisation) de, 143, 157t, [373](#)

Wheezing (sifflements), [164](#), [166](#), 170e

Y

Yeux. *Voir aussi Vision*

anomalies des, 136, 148t, 151t-154t

antécédents médicaux, [7](#), 132-133

céphalées et, 132, 148t

chez la femme enceinte, 462

chez l'enfant, [421-422](#), 432-433

chez le sujet âgé, [486-487](#)

consigner les observations sur, 146e, 441e

examen des, [15](#), 137-142

promotion de la santé et conseils, 136

Z

Zona, [381](#), [486](#)

Achévé d'imprimer en octobre 2010
par l'imprimerie L.E.G.O.

Imprimé en Italie

Guide de poche pour l'examen clinique et l'interrogatoire

2^e édition

Dans ce livre concis et fiable, vous trouverez tous les renseignements essentiels dont vous avez besoin pour mener un interrogatoire fructueux et un examen clinique complet. Entièrement revue et mise à jour, cette 2^e édition (6^e édition américaine) vous aidera à recueillir les éléments pertinents de l'anamnèse du patient ; à revoir les techniques de l'examen physique aux différents âges de la vie ; à connaître les anomalies fréquentes ; à apprendre les techniques spéciales d'examen ; et à affiner vos capacités d'interprétation.

- **Commencez sans plus attendre le parcours de l'évaluation du patient...**
 - Les couleurs rendent le texte plus vivant et facilitent l'apprentissage visuel.
 - La présentation en deux colonnes de l'examen physique fournit des informations expresses et résume en quelques mots les techniques et les trouvailles possibles.
 - Des encadrés et des tableaux mettent les données fondamentales à portée de main.
 - De nombreuses illustrations indiquent les techniques d'examen appropriées et soulignent les repères anatomiques importants.
 - Son petit format fait de cet ouvrage un guide de poche idéal.
- **Nouveautés de la 2^e édition**
 - L'évaluation de la douleur est désormais incluse dans le chapitre révisé sur l'examen général et les signes vitaux.
 - La santé mentale et l'évaluation de l'état mental et du comportement constituent un chapitre distinct.
 - L'accent accru mis sur la pratique basée sur les faits aiguise le raisonnement clinique avec des directives de dépistage mises à jour, des recommandations pour l'éducation du patient, et les bonnes pratiques de prévention et de rééducation.

ISBN : 978-2-7184-1233-7



Création WKF