

UE 4 Sémiologie
Pr Farge
Jeudi 26 octobre 2017 de 15h30 à 17h30
Ronéotypeur : Louis Trohel
Ronéoficheur : Capucine d'Hoop

COURS 1

Introduction à la sémiologie

La professeure conseille d'utiliser les outils suivants :

- *Le livre électronique www.esemio.org de sémiologie médicale créé par la prof en personne également téléchargeable sous forme d'application pour smartphone (l'appli ne marche pas sur ordi, tablette..).*

Selon elle, cette appli est indispensable pour maîtriser la sémiologie, notamment pour l'examen. Il permet d'apprendre l'anatomie, les différents symptômes/syndrome dans les spécialités différentes et il y a régulièrement des mises à jour.

- *Le référentiel de base est le campus numérique de l'UMVF <http://www.umvf.prd.fr/ressources/campus.php> à télécharger et à imprimer.*

La prof est littéralement contre les ronéos, et recommande d'utiliser le livret de sémiologie distribué par la fac qu'elle a rédigé où il y a tout ce qu'il faut savoir pour les examens.

L'examen se présentera sous forme de cas cliniques à résoudre.

- I) Introduction
 - 1) Définition
 - 2) Objectifs généraux

 - II) Recueil des symptômes
 - 1) Interrogatoire
 - 2) Inspection
 - 3) Palpation
 - 4) Auscultation
 - 5) Percussion

 - III) L'interrogatoire en cardologie
 - 1) Douleurs thoraciques
 - A) Douleur d'Angor
 - B) Infarctus du myocarde
 - C) Dissection aortique
 - D) Lésion du péricarde
 - E) Embolie pulmonaire
 - 2) Dyspnée
 - 3) Perte de connaissance
 - 4) La palpation
- L'inspection du malade

I) Introduction

1) Définition

La sémiologie est un nouveau langage, le langage des médecins qui nous sera utile toute notre vie. La sémiologie est une **langue commune** permettant de recueillir l'information à partir d'un malade.

La sémiologie est ce qui va nous différencier des robots. Ce n'est **pas** un simple recueil de données.

Cette science permet l'analyse et le recueil des plaintes et des symptômes d'un patient afin de pouvoir établir un diagnostic. *C'est pour ça que la prof nous conseille de revenir à notre sémio avant d'étudier toute spécialité, la sémio constitue une base.*

La sémiologie permet l'**acquisition** des connaissances ultérieures de base, indispensable à la maîtrise ultérieure des savoirs et savoir-faire nécessaire à l'exercice des métiers médicaux. Elle porte sur l'**homme sain et malade**.

Pour bien réussir en sémiologie il y a 4 grands principes :

- Le rejet de l'exhaustivité
- La participation active de l'étudiant
- La pluridisciplinarité
- L'ouverture aux métiers de la santé

2) Objectifs généraux

Il y a trois objectifs généraux :

- Acquisition des connaissances de base facilitant l'**abord** et l'**examen** d'un sujet en intégrant la formation complémentaire des stages hospitaliers
- Acquisition du **raisonnement clinique** : analyse du symptôme, prise en compte de la prévalence et gravité des maladies, interrogatoire et examen clinique orientés, hiérarchisation
- Notion de sémantique médicale

Lors d'un examen on aborde un sujet : **mise en place de la relation médecin-malade**. Le soignant doit se tenir correctement (bonjour, mains propres,...) ; puis le médecin procède à l'interrogatoire (*anamnèse pour ceux qui préfèrent*).

Un examen complet est réalisé de manière **systematique**. Le médecin recueille les principales plaintes et informations sur les douleurs et altération de l'état général. Puis il cherche les principaux signes cliniques et paracliniques (biologie, imagerie).

II) Recueil des symptômes

Il faut avoir un contact avec le patient pour l'examiner et arriver aux **étapes clés systematiques**

- **Interrogatoire**
- **Inspection**
- **Palpation**
- **Auscultation**
- **Percussion**

L'élaboration du **syndrome** correspond à la synthèse de A+B+C (**accumulation de symptômes**)

1) L'interrogatoire

Son but est de révéler les antécédents du patient : **anamnèse**. Cet interrogatoire doit être efficace et mettre en évidence les signes fonctionnels, mais il n'est pas policier. On doit instaurer **une relation de confiance**.

Il faut faire sortir l'information entre celui qui ne comprend pas (ou est sourd/muet) ou ne veut pas parler et celui qui est volubile. Ainsi l'interrogatoire peut être **limité**. **Ce dialogue doit toujours se**

faire avec respect. Le dialogue est essentiel et singulier car il permet de prendre en compte la souffrance et les symptômes. Si un accompagnateur est présent on peut être en droit de le faire sortir.

✓ Antécédents chirurgicaux

On commence par ces antécédents car ils permettent de savoir si un malade est **fiable** : **systematique**. Par exemple si un malade nous dit qu'il n'a pas été opéré mais présente des cicatrices chirurgicales on se rend compte de la fiabilité. Ce n'est pas forcément un mensonge, cela peut être une démence mais cela oriente l'interrogatoire.

Il est impératif de noter la **date, type** de chirurgie, **nom du chirurgien, complications** et le tout par ordre **CHRONOLOGIQUE**.

✓ Antécédents médicaux

Il s'agit également d'être chronologique, retracer l'historique et avoir connaissances de toutes les **maladies** et de leurs **traitements** (et leur durée), et savoir si il y a des séquelles (immunosuppresseurs)

✓ Antécédents gynécologiques

Il faut prendre connaissance de : la date des **premières règles, des dernières règles** (en fonction de cela on procèdera ou non à des examens) , date de la **ménopause, contraception (type+durée)** car cela expose à certains risques.

Prendre connaissance également du nombre de **grossesse, fausses couches, avortements, oestrothérapie** substitutive

✓ Antécédents familiaux

Il est primordial de réaliser un arbre généalogique, il va nous renseigner sur les facteurs de risques présents dans la famille (risques cardiovasculaires). Il permet de comprendre et déterminer les risques génétiques d'une maladie donnée et également de hiérarchiser.

Il faut toujours retranscrire les informations données. On sera plus rigoureux si l'on sait que il y'a eu des cas similaires dans la famille que si c'est un primum symptôme.

Il y a des facteurs de risques peu importe la spécialité (cardio, gastro, infectio,...) et ils orienteront la thérapeutique

✓ Habitus et mode de vie

- **L'ethnie** : on ne parle pas de race mais origine géographique. *Attention à ne pas parler de races*. Il est important de la noter car chez une personne de type caucasien, africain, asiatique les maladies contractées ne seront pas les mêmes (ou valeurs de tensions différentes)

- **Le sexe**

- **Le statut social** : Variable au cours de la vie, important de le connaître car donne des informations sur la **couverture sociale** et peut orienter la prise en charge (conseils).

2) L'inspection

Il est **primordial** qu'elle se fasse **dévêtue**, en intégralité en restant poli. On examine devant et derrière tout en expliquant au malade. On doit recueillir le **poids et la taille** important pour le suivi. On calcule l'**IMC**.

3) La palpation

A **2 mains**. Mains propres, ongles courts sans vernis. Palpation à main nue sauf si saignement, plaie.

4) L'auscultation

Se fait avec un stéthoscope

5) La Percussion

Se réalise **avec l'index à 3 doigts**, à plat. Le son peut être tympanique (air dans le poumon) ou mat/atympanique (son plein comme dans le foie). Besoin d'un marteau réflexe.

On a toujours le droit à l'ignorance en pathologie selon la prof (elle devrait le dire aux autres...) mais on a pas le droit de ne pas reconnaître, identifier le symptôme).

III) L'interrogatoire en Cardiologie

Les objectifs (cours 1 et 2) sont :

- 1) Savoir interroger un patient : Signes fonctionnels, douleur thoracique (angor, infarctus, péricardite, embolie pulmonaire), palpitation, lipothymie, syncope, FDR cardiovasculaire, douleur des membres inférieurs (artérite, phlébite), dyspnée.
- 2) Savoir palper un patient : aire cardiaque, pouls périphérique, trajet veineux mollet, mesure de la pression artérielle.
- 3) Savoir inspecter un patient : livedo (présence de taches violettes), nécrose, cyanose, varices, obésité, éléphantiasis (oedème lymphatique), reflux hépato jugulaire
- 4) Savoir ausculter un patient : 4 foyers d'auscultation, BDC (bruit du coeur) normaux, bruits surajoutés (caractéristiques et signification d'un souffle, d'un galop, d'un frottement péricardique)

1) Douleurs thoraciques

A. Douleur d'angor

Les douleurs angineuses traduisent généralement une ischémie myocardique. L'angor est la **plus fréquente** des maladies dans la poitrine.

La douleur dans l'angor se caractérise par :

- Sa topographie : douleur **médiane, rétrosternale**, en barre, large, d'un pectoral à l'autre que le malade peut désigner par le bas de la main. Elle peut être atypique au niveau de l'épigastre, abdominale, voire dorsale.
- Ses irradiations : **typiquement vers l'épaule gauche**, le bras gauche, le cou et la mâchoire inférieure. Parfois, les irradiations sont atypiques càd vers les deux membres supérieurs ou seulement le membre supérieur droit. Parfois l'irradiation est manquante et la douleur est **décapitée**, réduite à ces irradiations
- Son type : c'est une douleur **intense, constrictive, en étai, angoissante**
- Son mode de survenue :

- **Angor d'effort** : typiquement, la douleur survient brutalement, à la marche rapide ou la montée des escaliers par exple, elle oblige le malade à l'arrêt de l'effort. La classification de ces angors peut varier (par exemple stade 1 efforts importants et prolongés jusqu'au stade 4 angor au moindre effort)

La douleur est soulagée en quelques minutes par la **prise de trinitrine**, on parle de **trinitrosensibilité** (*la professeure a bien insisté sur ce point*). Ce vasodilatateur va lever l'ischémie myocardique. La douleur réapparaît toujours pour le même effort est généralement isolée sans palpitations. L'angor d'effort est une ischémie **réversible**, car il n'y a pas de nécrose.

- **Angor de repos** : aggravation de l'angor d'effort, se caractérise par une crise de survenue spontanée, au repos ou lors du primo décubitus. Le type de la douleur est proche de celui de la douleur d'angor, mais est plus souvent prolongé de 5 à 15 minutes.

- Il existe d'autres types d'angor : **l'angor de Prinzmetal et l'angor instable** (ou syndrome de menace)

B. Infarctus du myocarde

C'est une douleur de repos, très intense, permanente, prolongée et **rebelle à la trinitrine**. L'infarctus survient **brutalement**.

L'angor est le signe **prémonitoire** de l'occlusion coronaire, qui peut conduire à la **nécrose** (contrairement à l'angor) et donc à l'infarctus du myocarde. La nécrose peut provoquer une douleur subintrante, qui peut obliger à utiliser de la morphine pour soulager le patient.

C'est une douleur qui peut être trompeuse : Si on a une nécrose qui est ponctuelle et distale de la coronaire gauche, on aura un infarctus limité. Mais si on a une nécrose de la coronaire gauche proximale, on aura une défaillance cardiaque globale. Et si on a un infarctus sur la coronaire droite, on aura plus des troubles digestifs.

Il existe des formes **atypiques** d'infarctus du myocarde. Elles peuvent être localisées au thorax, sans irradiation ; moins intense et moins prolongée.

- C. La dissection aortique
- D. La lésion du péricarde
- E. L'embolie pulmonaire

Ces trois notions n'ont pas été développées dans ce cours

2) La dyspnée

La dyspnée est un symptôme d'origine pneumologique. C'est la **sensation subjective d'une gêne à la respiration**.

La classification de la dyspnée est **d'origine cardiaque**. Il est nécessaire d'identifier le type de dyspnée et sa sévérité.

3) Perte de connaissance

Les pertes de connaissance sont appelées lipothymies ou syncopes :

- Lipothymies : sensation de **malaise général**, de vide, de noir, ne s'accompagnant pas d'une abolition complète de la conscience. Elle est précédée de **pâleur**, de **sueurs**, de **troubles visuels et auditifs** et débute **progressivement**. Le patient « se voit tombé ». La perte de connaissance est **incomplète**. Le pouls est **lent** parfois petit. Habituellement, la lipothymie est un accident **bénin** mais elle peut être aussi prémonitoire d'une syncope (et aussi grave qu'une syncope).
- Syncope : Perte de connaissance **brève et complète**, par ischémie cérébrale transitoire de survenue brutale, **sans signe prémonitoire** et s'accompagnant instantanément d'une chute parfois traumatisante. Le patient « ne se voit pas tombé ». Si la syncope dépasse 15 secondes, des secousses cloniques des membres peuvent apparaître, au bout d'une minute le malade devient « bleu » (=cyanose) et perd totalement conscience. Il n'y a **pas de pertes d'urines ni de morsure de langue**. La syncope est l'étape avant l'arrêt cardiaque.

4) La palpitation

Les palpitations sont une **perception anormale des contractions cardiaques** avec sensation de choc pré cordial, de durées **très brèves**, ressenti de façon **désagréable et angoissante** par le sujet, survenant à des intervalles irréguliers et espacés.

Elles peuvent correspondre à des tachycardies (accélération de la fréquence cardiaque) ou à des extrasystoles.

Ne pas confondre tachycardie et arythmie, l'arythmie étant une sensation d'irrégularité du rythme cardiaque détectée cliniquement ou électriquement.

L'inspection du malade

- La mesure de l'HTA

Se mesure avec un manomètre ou un oscilloscope. Repose sur l'auscultation des **bruits de Korotkoff** en aval du brassard, lors de son dégonflage. Gonflage du brassard à 200mmHg puis dégonflage progressif jusqu'à entendre les bruits de Korotkoff correspondant à la PAS.

Le brassard doit être **adapté à la morphologie** du patient.

Définition	PA systolique	PA diastolique
PA optimale	< 120 mmHg	< 80 mmHg
PA normale	120-129 mmHg	80-84 mmHg
PA normale haute	130-139 mmHg	85-89 mmHg
HTA		
Grade 1 (légère)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Grade 2 (modérée)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Grade 3 (sévère)	> 180 mmHg	> 110 mmHg
HTA systolique isolée		
Grade 1	140-159 mmHg	< 90 mmHg
Grade 2	> 160 mmHg	< 90 mmHg
Hypertension artérielle Maligne = URGENCE thérapeutique = chiffres de PA élevés + retentissement viscéral (ophtalmologique, cardiaque et/ou rénal)	≥ 210 mmHg	≥ 120 mmHg
Hypotension orthostatique = chute entre valeur de PA couchée, après 10 min. de repos et debout (immédiatement, après 3 min. et après 6 min. d'orthostatisme)	Chute de 20 à 30 mmHg	Chute de 10 mmHg

Ce tableau est à connaître !

La prof n'a pas eu le temps de terminer le cours, il manque certaines notions sur la sémiologie cardiaque qu'elle abordera au prochain cours. Merci au futur ronéotypeur ;)