

Signes fonctionnels et physiques



Dr Reynaud

Médecine interne

Lyon Sud

UE sémiologie médicale

Appareil digestif haut

- Cavité buccale
- Œsophage
- Estomac
- Duodénum

Appareil digestif haut

- **Dysphagie**

Obstacle à la progression du bol alimentaire

Douleur thoracique et rétrosternal du bas du cou au creux épigastrique

- **RGO** : remontée de liquide gastrique dans l'œsophage

- Pyrosis : douleur brûlure épigastrique rétrosternale ascendante traçante
- Post prandial, changement de position
- Eructation, toux nocturne

- **Vomissements** :

Actif, fréquence, horaire, aspect, odeur (alimentaire, bilieux, fécaloïde)

Hématémèse : sang rouge ou noir par la bouche (hémorragie digestive haute), associée à un mélena (sang digéré noir et fétide par l'anus : en amont du colon droit)

Appareil digestif haut

- **Douleur gastrique : syndrome ulcéreux**

Brûlure, crampe épigastrique sans irradiation intense

Continue ou paroxystique

Calmée par l'alimentation

À distance des repas

- **Syndrome dyspeptique**

Plus vague et fluctuant

Inconfort et pesanteur, ballonnement, impression

De plénitude et de digestion prolongée, parfois douleur le plus souvent post prandiale



l'appareil digestif haut : signes physiques

- Cavité buccale
 - Inspection : lésions ?
 - État dentaire
- Abdomen
 - Inspection : voussure gastrique, masse
 - Percussion
 - Palpation gastrique
 - Auscultation : bruits hydroaériques

Appareil digestif bas

- **Diarrhée**

Émission quotidienne de selles molles ou liquides trop fréquentes, trop abondantes (> 3 par jour)

Date d'apparition, début, évolution, horaire, aspect (glaise, pus, sang, hydrique), facteurs favorisants

Epreinte : douleur abdominale colique de type contraction répétitive s'achevant par une envie pressante et impérieuse d'aller à la selle

Ténesme : contraction douloureuse de l'anus, accompagné d'une envie d'aller à la selle

Faux besoins

Syndrome cholériforme (aqueuse sans fièvre, toxines)

Syndrome dysentérique (glaiseuse, mucopurulente, fébrile, germes entéro-invasifs)

Appareil digestif bas

- **Constipation**

Selles de trop faible abondance

Difficultés à exonérer

Sensation de vidange rectale incomplète

Appareil digestif bas

- **Douleur colique**

Épigastrique ou en cadre, irradiation descendante

Paroxystiques, intensité variable, soulagé par les selles ou gazs

Horaire variable

Autres SF : ballonnements, gargouillis, troubles du transit

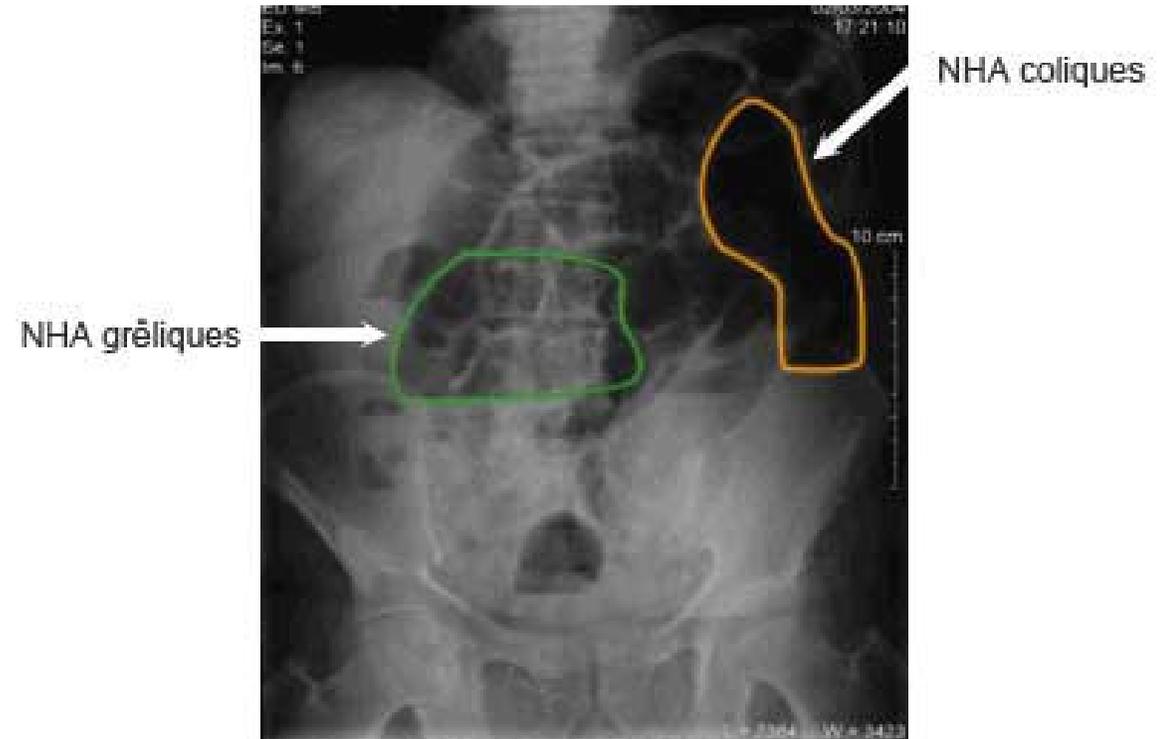
Appareil digestif bas

- **Syndrôme Occlusif : triade**

Douleur abdominale constante intense avec coliques

Vomissements précoces en jet (haut), tardif fécaloïde (bas)

Arrêt matière et gaz



Appareil digestif bas

- **Hémorragie digestive :**

Hématémèse : sang rouge ou noir (œsophage et estomac)

Mélena : sang digéré noir et fétide (amont du colon droit)

Rectorragie : sang rouge non digéré

L'appareil digestif bas : signes physiques

- Inspection
 - Météorisme : gonflement du ventre (occlusion et accumulation d'air)
 - Cicatrices
- Palpation
 - point douloureux électif / défense
 - Orifices herniaires
 - Masse abdominale
- Percussion : tympanisme
- Auscultation :
 - Disparition des BHA
 - Bruits de lutte intestinale = exagération des bruits normaux (lutte d'un segment intestinal contenant de l'air et du liquide)
- TR : masse, sang , matière ?

Foie et voies biliaires

- **Douleurs biliaires**

- Colique hépatique : calcul enclavé dans les voies biliaires**

- creux épigastrique, HCD, par paroxysme, irradiation omoplate et épaule droite avec inhibition respiratoire

- Pas de fièvre, ictère ou anomalie biologique

- Cholecystite aigue**

- Idem avec fièvre, biologie

- Signe de Murphy : palpation rebord costal droit douloureux bloquant la respiration

- Angiocholite aigue : migration calcul dans la VBP**

- Triade douleur, fièvre, ictère

Foie et voies biliaires

- **Ictère :**

coloration jaune peau et muqueuse (bilirubine)

Prurit

Selles décolorées et urines foncées : ictère à bilirubine conjuguée (atteinte hépatique ou extra hépatique)

Selles normales et urines claires : ictère à bilirubine non conjuguée (hémolyse)

Foie et voies biliaires

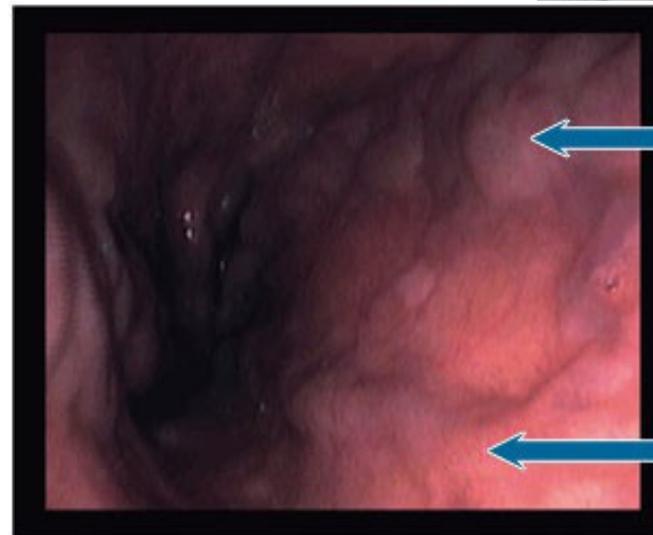
- **HTP hypertension portale**

augmentation de la pression portale (bloc hépatique = cirrhose, bloc supra-hépatique = obstruction sus hépatique, bloc sous hépatique = thrombose porte)

Circulation veineuse collatérale
(anastomose porte et cave)

Splénomégalie

Varices oesophagiennes



Varices oesophagiennes
confluentes grade III

Foie et voies biliaires

- **Ascite : épanchement liquidien intra péritonéal**

Signe du flot

Signe du glaçon

- Inspection : augmentation volume abdomen, déplissement ombilic jusqu'à la hernie ombilicale
 - Percussion : matité mobile avec le changement de position
 - Palpation :
- Signe du flot : onde de choc transmise par un choc imprimée sur la paroi abdominale
- Signe du glaçon : sur le dos, impulsion sur le foie, qui mobile dans l'ascite est projeté vers l'arrière et revient vers l'avant frappé la main de l'examineur (glaçon lancé au fond d'un verre)



Foie et voies biliaires

• **Insuffisance hépato-cellulaire**

Altération des fonctions du foie (synthèse, épuration, sécrétion biliaire)

Ictère

Encéphalopathie hépatique

- apathie et agitation en alternance suivi d'une confusion avec hypertonie extra-pyramidale
- Asterixis ou flapping tremor : breves interruptions du tonus musculaire des muscles extenseurs de la main

Troubles endocriniens : hyper oestrogénisme (baisse pilosité, gynécomastie, atrophie testiculaire)

Foetor hepaticus (haleine douçeatre)

Signes cutanés : angiomes stellaires, erythroze palmaire, hippocratisme digital, leuconychie



Pancréas

- **Douleurs pancréatiques**

En barre sus ombilicale , transfixiante d'avant en arrière, intensité variable, durée et rythme variable, déclenchée par repas gras ou alcool, soulagée par antéflexion du tronc en chien de fusil

- **Insuffisance pancréatique exocrine**

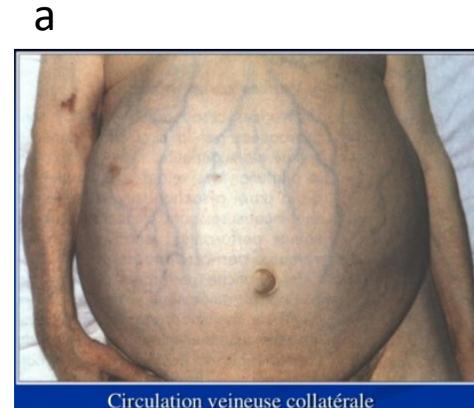
Diarrhée chronique selles abondantes, pâteuses, graisseuses

- Stéatorrhée : défaut d'absorption des graisses

EXAMEN PHYSIQUE

5- EXAMEN DE L' ABDOMEN

- Inspection : volume du ventre, cicatrices de chirurgie antérieure, circulation veineuse collatérale (a)
- Palpation : orifices herniaires, du foie (estimer la hauteur du débord sous les côtes en cm sur la ligne médio claviculaire, de la rate (mesure de son débord /fausses côtes)
- Percussion de l'abdomen : matité (ascite), sonore (météorisme, gaz)
- Percussion des fosses lombaires



Cardiologie – Signes fonctionnels

- Douleur thoracique
- Dyspnée
- Malaises et perte de connaissance
- Palpitation
- Insuffisance cardiaque droite

Cardiologie – douleur thoracique

Angine de poitrine ou angor

Angor typique si :

- douleur constrictive en étai
- Siège : médiosternale, rétrosternale en barre entre les deux seins
- Irradiant au bras gauche ou aux deux bras, au cou, aux mâchoires, plus rarement à la région sous-mammellaire gauche, parfois au creux épigastrique.
- Survient à l'effort, à la marche, surtout en montée, au froid, contre le vent, imposant l'arrêt du malade dans son effort bien qu'il n'y ait, par ailleurs, aucune dyspnée.
- La douleur cesse en moins de trois minutes à l'arrêt de l'effort ou à la prise de TRINITRINE

Cardiologie – douleur thoracique

Infarctus du myocarde

- Chez certains malades, une douleur ayant les mêmes caractères que la crise angineuse peut survenir au
- repos ou la nuit, prenant une grande intensité, irradiant plus largement aux deux bras, au maxillaire inférieur,
- se prolongeant malgré la Trinitrine
- Pouvant durer plusieurs heures, accompagnée de sueurs, nausées, vomissements.

Cardiologie – douleur thoracique

Embolie pulmonaire

- Le plus souvent, douleur d'une des bases thoraciques en coup de poignard, accompagnée de polypnée et
- de pâleur, suivie 24 à 36 heures après d'une expectoration hémoptoïque (c'est l'infarctus pulmonaire).
- Plus rarement, douleur thoracique antérieure, médiane, ressemblant à l'angine de poitrine accompagnée de polypnée, pâleur, tachycardie, baisse de tension.

Cardiologie – douleur thoracique

Pericardite

- Siege le plus souvent dans la region sternale, irradie au trapeze gauche.
- Soit douleur vive, soit simple endolorissement, Douleur tres intense
- soulagee par la position assise.

Cardiologie – douleur thoracique

Dissection aortique

- Douleur, tres intense.
- Douleur qui suit la progression de la dissection : migratrice, debute en avant, dans la region mediothoracique, puis secondairement se localise dans le dos, puis dans les lombes.

Cardiologie - dyspnée

respiration difficile et pénible, exigeant un effort supplémentaire

- Chez un sujet indemne d'affection pulmonaire, la dyspnée est le signe le plus précoce et le plus fidèle de l'insuffisance ventriculaire gauche.
- La principale caractéristique de la dyspnée de l'insuffisance cardiaque est son **aggravation lors du decubitus**.
- **Dyspnée d'effort** : Gênant la marche, la montée des escaliers (faire préciser le nombre d'étages montés sans pause), Peut être suivie d'un grésillement thoracique, d'une toux quinteuse avec expectoration rosée : c'est l'œdème pulmonaire d'effort.
- **Dyspnée nocturne brutale** :
 - Soit à type de polypnée, intense, angoissante, avec sueurs, sensation de chape de plomb, précédée de quintes de toux incessantes, accompagnées de grésillement laryngés, d'expectoration mousseuse, rosée et saumonnée : c'est l'œdème aigu du poumon (O.A.P).
 - Soit à type de bradypnée expiratoire avec thorax bloqué, soif d'air intense, sifflements thoraciques, expectoration rare en fin de crise : c'est le pseudo-asthme cardiaque.

Cardiologie - dyspnée

- **Dyspnee permanente**

Genant le malade aussi bien au repos qu'a l'effort, et l'obligeant a dormir demi-assis (faire preciser le nombre d'oreillers que le patient utilise), parfois meme assis sur une chaise : orthopnee.

Cette dyspnee caracterise l'insuffisance cardiaque grave, essentiellement l'insuffisance ventriculaire gauche.

Cardiologie : malaise et perte de connaissance

Ils résultent d'une baisse de débit sanguin cérébral, et peuvent prendre la forme d'une lipothymie ou d'une syncope.

- **Soit lipothymie**

Malaise à début et fin progressifs, avec pâleur, sueurs, vue trouble, tintement d'oreilles, sensation d'évanouissement, mais n'aboutissant pas à une perte de connaissance

Le malade se sent mal, a souvent le temps de s'étendre, il entend l'entourage à ses côtés. Le retour à la normale est progressif

- **Soit syncope**

Il y a alors perte complète de connaissance du fait d'un bas débit sanguin cérébral, brutale à l'emporte pièce, sans prodrome, reprise de conscience rapide sans déficit post critique.

La syncope doit toujours faire rechercher une cause cardiaque.

Cardiologie : palpitations

C'est la perception, par le sujet, des battements de son cœur.

L'accès des palpitations a ou non un début et une fin brusque

- le cœur est régulier ou non pendant l'accès.

- **Sensations passagères** Soit un ou deux battements cardiaques plus forts que les autres, soit l'impression d'arrêt du cœur très court : extrasystoles le plus souvent bénignes.
- **Accélération subite du rythme du cœur** tout à fait régulier (loi "du tout ou rien"), évoquant la maladie de BOUVERET (crise de tachycardie bénigne du jeune), soit irrégulier, entre 150 et 200 /mn

Accès de palpitation de début et fin progressif : émotion, effort, souvent la nuit (tachycardie sinusale bénigne)

Signes physiques : cardiologie

- Cyanose : coloration bleutée des extrémités, généralisée (défaut d'oxygénation)

cyanose

- Définition : Coloration violacée ou bleutée de la peau due à la présence d'un taux anormalement élevé d'hémoglobine non oxygénée dans les vaisseaux capillaires de la peau et qui prédomine sur les ongles et les lèvres.



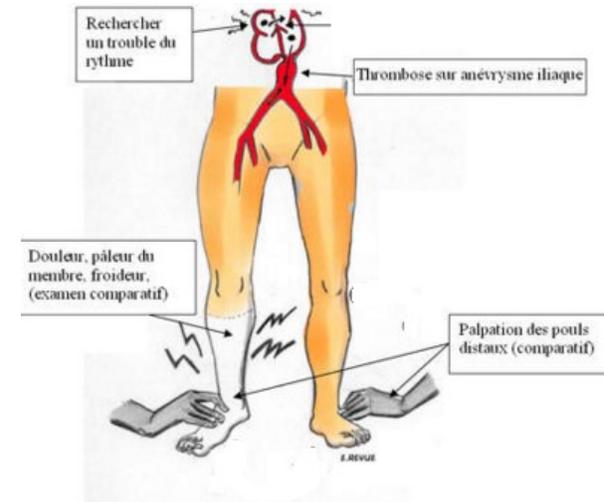
Cardiologie – signes physiques

Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

3- EXAMEN CARDIOVASCULAIRE

- Fréquence cardiaque : pouls , régulier ou non
- Prise de la Tension Artérielle
- Auscultation du cœur : souffle ?(valves), frottement ? (péricarde)
- Palpation des pouls des artères périphériques
- Auscultation des artères carotides, fémorales et de l'aorte (péri-ombilical) : souffle ?
- Veines : recherche de signes de phlébite et de varice(s) (debout pour la recherche de varice(s))



Hématologie

- Le syndrome anémique :

Asthénie

Dyspnée d'effort puis de repos

Tachycardie

Vertiges

- Le syndrome d'hyperviscosité sanguine

Céphalées, vertiges, acouphènes, troubles visuels

Erythermalgie (douleurs extrémités au chaud)

Erythrose tégumentaire (coloration visage et mains)

Hématologie

- Plaquettes :

Hématomes

Purpura

vibices



Urologie - néphrologie

- Diurèse
- Miction
- Aspect des urines
- Douleur de colique néphrétique

Urologie – néphrologie diurèse

- Volume urinaire, la diurèse normale est comprise entre 800 et 1 500 ml par 24 heures (selon la quantité d'eau absorbée)
- **Polyurie** : Augmentation de volume des urines émises par 24 heures, > 3 litres/jours pour un adulte (et parfois beaucoup plus !)

On parle de syndrome polyuro-polydipsique quand la polyurie s'associe à une soif impérieuse

- **Oligurie, anurie** : Diminution de la quantité d'urines émises par 24 heures

On parle généralement d'oligurie lorsque la diurèse des 24 heures est inférieure à 500 ml, chez un adulte

On parle d'oligo-anurie ou d'anurie lorsque la diurèse tombe au-dessous de 100 ml par 24 heures

Urologie – néphrologie miction

La miction normale est volontaire, ne nécessite pas de poussée abdominale et permet à la vessie de se vider complètement, la fréquence des mictions est d'environ 4 à 6 fois par jour.

- **Dysurie** : les mictions sont lentes, pénibles, en plusieurs temps, diminution de la force et du calibre du jet, il faut pousser pour uriner, sensation de vidange incomplète de la vessie
- **Pollakiurie** : besoin anormalement fréquent d'uriner (> 6 mictions par jour) pour de petites quantités à chaque fois (le patient urine souvent, un peu), en cas d'irritation vésicale
- **Brûlures mictionnelles** : brûlures accompagnant la miction, dont la présence oriente vers une pathologie d'origine urétrale ou vésicale
- **Rétention d'urine** : impossibilité d'évacuer, en totalité ou en partie, l'urine contenue dans la vessie
- **Incontinence urinaire** : perte d'urine involontaire ou inconsciente
- **Impériosité mictionnelle** besoin urgent et irrépressible d'uriner
- **Nycturie** émission d'urine plus importante la nuit que le jour, à l'inverse du rythme normal du débit
- **Pneumaturie** émission de gaz mélangé à l'urine lors des mictions (fistule uro-digestive)

Urologie – néphrologie aspect des urines

Coloration alimentaire ou médicamenteuse

Coloration par cholestase, métrorragie, urétrorragie

- **Hématurie**

- La présence de sang en excès dans l'urine définit l'hématurie. Les urines normales contiennent moins de 10 hématies /mm³ (ou 10⁴ /ml). On parle d'hématurie au delà de ce seuil.
- L'hématurie est macroscopique lorsque le sang colore l'urine en rouge, ce qui arrive quand il y a plus de 10⁶ hématies /ml (entre 10⁴ et 10⁶ hématies /ml,
- on parle d'hématurie microscopique, que seuls la bandelette permettent de mettre en évidence :

L'hématurie peut être d'origine urologique ou néphrologique (attention à l'origine du saignement)

L'interrogatoire peut vous orienter sur l'origine du saignement :

Pyurie

- Urines d'aspect trouble
- Correspond à la présence de leucocytes altérés dans les urines (pus)

Chylurie aspect laiteux des urines



Urologie – néphrologie

- Douleur de colique néphrétique typique

Crise **douloureuse** soudaine paroxystique lombaire, oscillante (spasme tension uretère), irradiant vers le bas sans position antalgique (malade agité)

Hématurie microscopique



Pneumologie – Signes fonctionnels

- Toux
- Expectorations
- Hémoptysie
- Douleur thoracique
- Dyspnée

1. La toux

- Symptôme **peu spécifique**
- Révéler ou accompagner la quasi totalité des maladies respiratoires
- Acte réflexe déclenché par une irritation des voies respiratoires
- Elle provoque une expulsion brusque et violente d'air, sécrétions, corps étranger
- Phénomène brutal et violent

La toux

- Mécanisme de défense involontaire
- Commandé pour le drainage bronchique chez un sujet encombré

- **Toux productive**
- **Toux irritative (sèche)**

- Complications : fracture, pneumothorax, incontinence urinaire, hernie, asthénie

Caractères de la toux

- **Mode de début et ancienneté**
 - aigue vs chronique (> 6-8 semaines)
- **Productivité**
 - toux sèche sans expectoration
 - toux grasse productive (chronique : DDB, bronchite chronique et aigue : infection bronchique)
- **Caractère paroxystique ou permanent**
 - permanente (cancer bronchique, coqueluche, fibrose pulmonaire)
 - intermittente (allergie, RGO, HRB)

Caractères de la toux

- **Horaire**

- Matinal (toilette bronchique DDB)
- Nocturne (RGO, asthme)
- Diurne (psychogène : aucune spécificité)

- **Tonalité et rythme**

- Toux coqueluchoïde (quintes séparées par une inspiration sifflante)
- Secousse de toux, pas de quintes (fibrose)
- Toux spasmodique (asthme et HRB)
- Toux rauque aboyante (laryngée)
- Toux émétisante (coqueluche, diverticule oesophagien)

Caractères de la toux

- **Mode de survenue et facteurs déclenchants ou modifiants**
 - **Liés aux malades** : alimentation (fausse route), changements de position (atteinte pleurale), décubitus (RGO, ins cardiaque gauche), effort (ins cardiaque gauche, HRB), effort au froid (HRB, asthme)
 - **Liés à l'environnement** : humidité (asthme), unité de temps et de lieu (asthme allergique), circonstances professionnelles (asthme du boulanger exposé à la farine, maladie du poumon de fermier chez un agriculteur)
 - **Facteurs d'amélioration** : bronchodilatateurs (asthme), arrêt médicament (toux liée aux IEC)

Toux et orientation diagnostique

- **Toux aigue récente**
 - Infectieux : ORL, bronchopulmonaire
 - Cardiaque : ins cardiaque gauche (expectoration séreuse mousseuse rosée)
 - Allergique : sèche résistante nocturne
 - Toxique (inhalation d'irritants)
 - Pleurale : sèche, chgts position, douleur basithoracique en point de coté, majorée par l'inspiration

Toux et orientation diagnostique

- **Toux chronique productive**
 - Bronchite chronique : toux grasse ramenant une expectoration muqueuse préférentiellement le matin, contexte fumeur et âge évocateur
 - DDB et mucoviscidose : toux productive expectoration abondante purulente, surtout le matin

Toux et orientation diagnostique

- **Toux chronique sèche**

- Cancer bronchique : toux fréquente, sujet à risque, parfois hémoptysie
- Pathologies interstitielles : toux sèche favorisée par l'effort avec crépitants auscultatoires, contexte professionnel
- Toux d'origine ORL : larynx, rhinosinusite avec écoulement
- Toux par RGO : horaire, position, épigastralgies
- Toux équivalent d'asthme
- Toux iatrogène : fréquent (IEC) « pneumotox »
- Toux psychogène : diagnostic d'élimination

2. Expectorations

- Expulsion de sécrétions anormales présentes dans les voies respiratoires au cours d'un effort de toux
- Diagnostic différentiel : crachats salivaires, sécrétions provenant de la sphère ORL
- Caractéristiques : aiguë/chronique, contexte de survenue, fréquence, horaire et périodicité, caractère spontané ou provoqué

Caractères de l'expectoration

- **Couleur**

- Muqueuse : blanchâtre, visqueuse, épaisse
- Purulente : verdâtre
- Muco-purulente : jaunâtre et compacte
- Sanglante : filets de sang striant une expectoration muqueuse (hémoptoïque)
- Séreuse : expectoration transparente, fluide et aérée
- Perlée : observé dans l'asthme (crachat perlé de Laennec)

Caractères de l'expectoration

- **Quantité**
 - Bronchorrhée : muqueuse, fluide, > 100ml/j
- **Viscosité**
 - Adhérent à la paroi du crachoir
- **Vomique** : rejet brutal d'un flot de pus suite à une effraction dans une bronche d'une collection purulente

Expectoration et orientation diagnostique

- **Expectoration aigue**
 - Contexte infectieux : bronchite, pneumopathie
 - Rouge orangée : pneumocoque (expectoration rouillée de Laennec)
 - Purulente et fétide : germe anaérobie
 - Abscess : vomique
 - Coqueluche, tuberculose
 - Infarctus pulmonaire : peu abondante, visqueuse, noirâtre
 - Contexte allergique
 - Asthme : visqueux et collant ou translucide et perlée
 - Contexte d'ins cardiaque gauche : mousseuse, aérée, blanchâtre ou rosée

Expectoration et orientation diagnostique

- **Expectoration chronique : orientation avec la RP**
 - RP sans anomalie
 - Bronchite chronique
 - Asthme
 - RP avec anomalie
 - DDB
 - Cancer
 - Tuberculose

3. Hémoptysies

- Expectoration de sang rouge vif aéré, spumeux provenant des voies respiratoires suite à une toux
- Diagnostic différentiel : hématomèse, épistaxis
- **Mécanismes** : circulation bronchique ou pulmonaire, atteinte de la membrane alvéolo-capillaire ou hyperpression capillaire
- **Caractéristiques** : contexte de survenue, fréquence, horaire et périodicité

Caractère de l'hémoptysie

- **Abondance**
 - Minime à faible : < 50cc
 - Moyenne : 50 – 200cc
 - Grave : > 200cc avec signes de choc hémodynamique, signe de détresse respiratoire aigue, pronostic vital
- Le + fréquent : abondance moyenne
 - Chaleur rétrosternale, goût métallique, pâleur, tachycardie
 - Queue de l'hémoptysie : crachats de sang de + en + foncés voire noirâtre les jours suivants
- **Unique ou répété**

Hémoptysie et orientation diagnostique

- **Respiratoire** : cancer, tuberculose, DDB, infection, maladie de système (HIA)
- **Cardiaque**
- **Vasculaire**
- **Trouble de l'hémostase**
- **Iatrogène** : trauma, gestes médicaux
- **Corps étranger**
- **Idiopathique** : 15%

TDM thoracique et fibroscopie : CAT urgente selon la sévérité de l'hémoptysie

4. Douleur thoracique aiguë et chronique

- Points clés
 - Éliminer risque vital : SCA, EP, PNO, dissection Ao
 - Signes de gravité : dyspnée et cyanose, hypotension, syncope et lipothymie
 - Le + fréquent : SCA, douleurs oesophagiennes, attaque de panique
 - Le + grave : Péricardite, PNO, SCA, EP, Dissection
- Origine extra thoracique (vésicule biliaire : épaule)
- Origine thoracique (plèvre et hypocondre)

Caractère de la douleur thoracique

- **Rythmée par la respiration**
- **Localisation**
 - Rétrosternale : cardiaque et médiastinale
 - Latérothoracique : pleuro-parenchyme
- **Irradiation**
 - Epaule ou hypocondre : plèvre
- **Etendue** : localisée si pleurale
- **Type de douleur** : coup de poignard si pleural
- **Intensité** : favorisée par inspiration, toux
- **Durée**

5. Dyspnée

- **Perception anormale et désagréable de la respiration**
 - Gêne respiratoire subjective dont se plaint le sujet ou que l'interrogatoire met en évidence
 - Essoufflement, souffle court, coupé, blocage, mal à respirer
- Mécanismes complexes
 - **Augmentation du travail respiratoire** : obstruction , baisse de la compliance
 - **Diminution des capacités ventilatoires** : baisse des volumes, trouble de la cinétique thoracique
 - **Modification du rapport ventilation perfusion**
 - **Modification de la surface d'échange alvéolo-capillaire**
 - **Hypoxie cellulaire** (anémie)

Caractère de la dyspnée

- **Quantification** : 12-16 cycles inspiration active / expiration passive par minute
 - Apnée, bradypnée, tachypnée
 - Polypnée : respiration rapide superficielle
 - Orthopnée : dyspnée en décubitus dorsal
 - Platypnée : aggravée en position assise
- **Fréquence** : sur 30 sec, mvt abdominal
- **Intensité** : échelle 5 stades (echelle NYHA)
 - NYHA 1 = Dyspnée à l'effort intense, aucune limitation pour les efforts physiques habituels
 - NYHA 2 = dyspnée inhabituelle lors d'efforts physiques d'intensité modérée. Pas de symptômes au repos ni lors d'un léger exercice.
 - Ex. dyspnée lors d'une marche prolongée, ou lors de la montée d'un étage
 - NYHA 3 = Limitation évidente de la capacité d'effort : dyspnée lors d'efforts minimes
 - Ex. dyspnée lors des activités domestiques
 - NYHA 4 = dyspnée de repos empêchant toute activité avec souvent confinement au lit



www.cep-pneumo.org

www.cep-pneumo.org



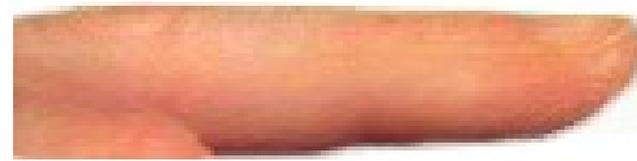


www.cep-pneumo.org

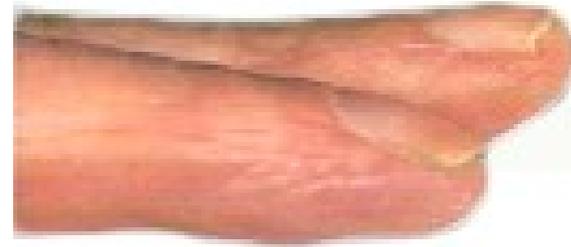
hippocratisme digital

- un bombement indolore des ongles en verre de montre
- la phalangette est plus épaisse au niveau de la base de l'ongle que de l'articulation inter-phalangienne
- À l'extrême, le doigt peut prendre la forme d'une "baguette de tambour".





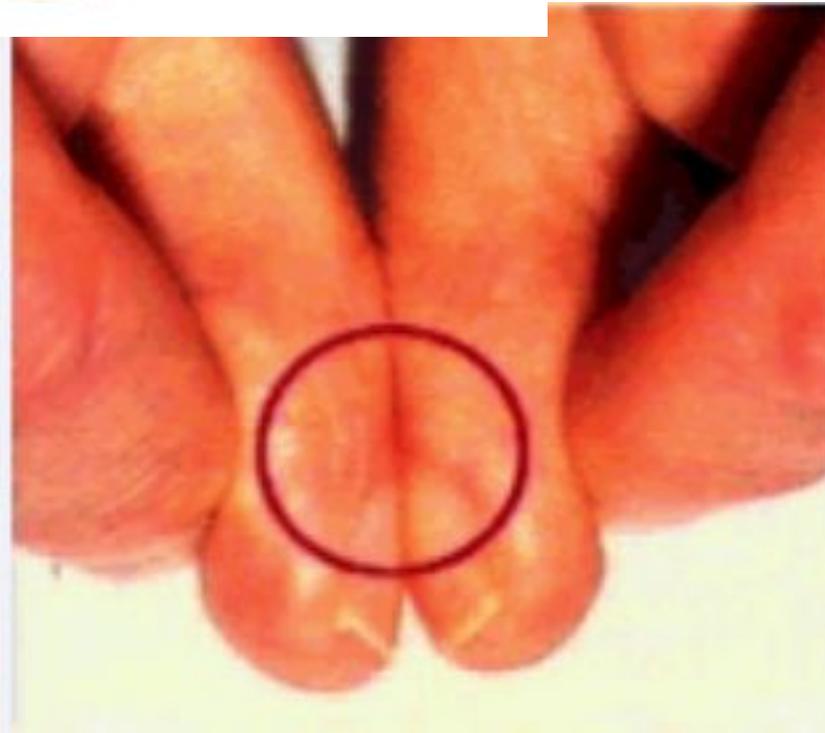
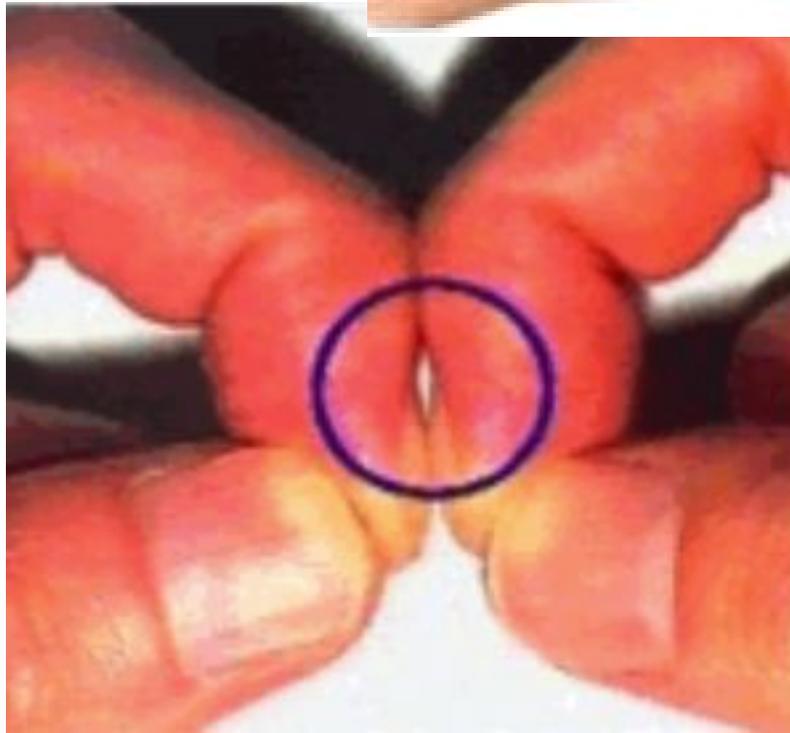
Sans



Discret



Important







Inspection



- **Posture** : position du tripode
 - Distension thoracique consécutive à une obstruction bronchique
- **Orthopnée / platypnée**
- **Morphologie du thorax**
 - Anomalies dvpt cage thoracique : pectus excavatum / carinatum
 - Déformation rachis : cyphose, scoliose
 - Impact pathologie pulmonaire : distension thoracique
- **Dynamique de la respiration**
 - Fréquence, ampliation symétrique
 - Signe de gravité



Palpation

- **Mécanique respiratoire**
 - Muscles respiratoires accessoires
 - Respiration paradoxale abdominale
- **Vibrations vocales**
 - 2 mains à plat sur le thorax
 - Dites 33
 - **Diminution** : interposition d'air ou liquide
 - **Augmentation** : augmentation densité parenchyme (pneumonie et atelectasie : syndrome de condensation)
- **Crépitation neigeuse** : emphysème

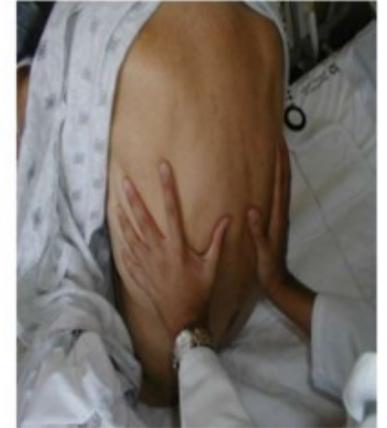
PALPATION

Technique:

Poser les paumes des mains sur le thorax du malade et lui demander de tousser ou de prononcer des consonnes.

Résultats:

- Les **vibrations vocales** sont normalement transmises de façon **uniforme** à l'ensemble des champs Pulmonaires.
- Leur abolition, toujours objectivée par comparaison avec un site contro-latéral, est un signe pathologique (pleurésie, pneumothorax, emphysème).
- Leur augmentation, plus rare, se rencontre en cas de condensation pulmonaire.
- La palpation permet aussi de repérer des points douloureux



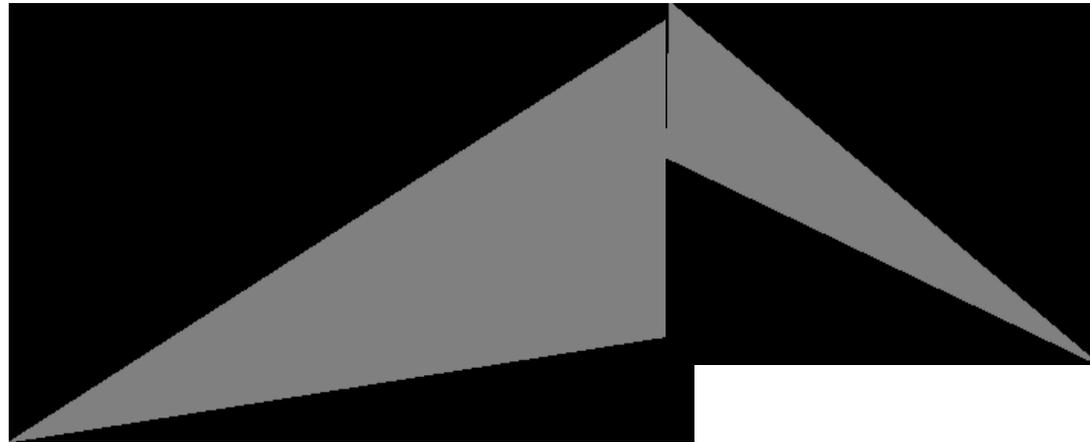
Percussion

- **Technique**
- **Sonorité normale (! obèse)**
- **Sonorité anormale**
 - **Diminution** : interposition de condensation ou épanchement : **matité (de bois)**
 - **Augmentation** : interposition d'air (pneumothorax, emphysème, asthme) : **hypersonorité et tympanisme**
- **Crépitation neigeuse** : emphysème



Auscultation : sons normaux

- **Murmure vésiculaire**
 - Son léger non musical
 - Audible en inspiration et au tout début de l'expiration
 - Lié à la turbulence de l'air dans les voies aériennes
- **Technique**
 - **Patient assis, pièce silencieuse**
 - **Mvts respiratoires ample bouche ouverte**



Auscultation : sons anormaux

- **Souffle tubaire, semblable au son du larynx, condensation, son transmis dans la bronche restée perméable**
- **Frottement pleural : bruit de cuir neuf ou grincement, du au frottement des Feuilletés pleuraux, inspiratoire ou aux 2 cycles, , succesion ryhtmique de soins explosifs biphasiques**

Auscultation : sons anormaux musicaux ou continus

- **Sibilant (râle sibilant) : sifflement expiratoire le + souvent**
 - Asthme BPCO
 - + aigu
- **Ronchus : sifflement expiratoire le plus souvent**
 - Asthme et BPCO
 - + grave
- **Stridor**
 - + aigu
 - Inspi/expiratoire

Auscultation : sons anormaux non-musicaux ou discontinus

- **Râle crépitant**

- **aigu, bref, apparition du milieu vers la fin de l'inspiration où ils augmentent en nb et intensité,**
- **Ouverture brutale d'une bronche fermée à l'expiration précédente**
- **Frottement de cheveux ou pas sur la neige**

Examen physique

Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

1- TAILLE, POIDS et TEMPERATURE

2- PEAU et PHANERES

- Couleur de la peau, chaleur localisée
- Pigmentation localisée, diffuse
- Ictère (a)
- Œdème localisé, diffus (b)
- Nature du pli cutané (sous la clavicule)
- Phanères : poils, cheveux, ongles (c,d)



C : hémorragie sous unguéale au cours d'une endocardite infectieuse ou dans les maladies auto-immunes



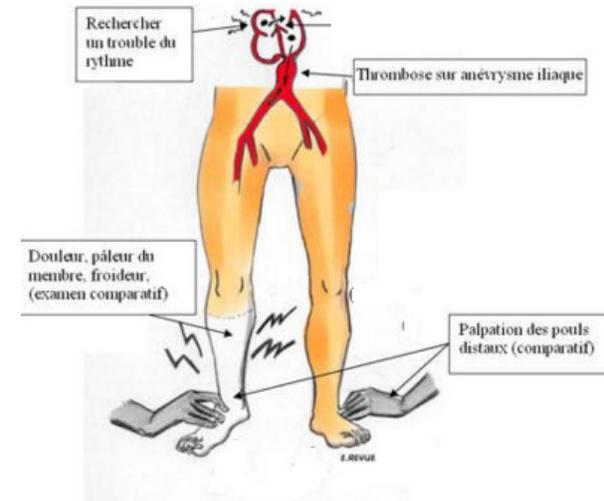
d: hippocratisme digitale : :maladies respiratoires

Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

3- EXAMEN CARDIOVASCULAIRE

- Fréquence cardiaque : pouls , régulier ou non
- Prise de la Tension Artérielle
- Auscultation du cœur : souffle ?(valves), frottement ? (péricarde)
- Palpation des pouls des artères périphériques
- Auscultation des artères carotides, fémorales et de l'aorte (péri-ombilical) : souffle ?
- Veines : recherche de signes de phlébite et de varice(s) (debout pour la recherche de varice(s))



Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

4- EXAMEN PLEURO-PULMONAIRE (bilatéral pour comparer)

- Inspection : forme du thorax, fréquence respiratoire, cyanose
- Palpations des vibrations vocales
- Percussion : matité ou sonorité?
- Auscultation : crépitants, ronchus, sibilants,

PALPATION

Technique:

Poser les paumes des mains sur le thorax du malade et lui demander de tousser ou de prononcer des consonnes.

Résultats:

- Les vibrations vocales sont normalement transmises de façon uniforme à l'ensemble des champs Pulmonaires.
- Leur abolition, toujours objectivée par comparaison avec un site contro-latéral, est un signe pathologique (pleurésie, pneumothorax, emphysème).
- Leur augmentation, plus rare, se rencontre en cas de condensation pulmonaire.
- La palpation permet aussi de repérer des points douloureux



cyanose

- Définition : Coloration violacée ou bleutée de la peau due à la présence d'un taux anormalement élevé d'hémoglobine non oxygénée dans les vaisseaux capillaires de la peau et qui prédomine sur les ongles et les lèvres.

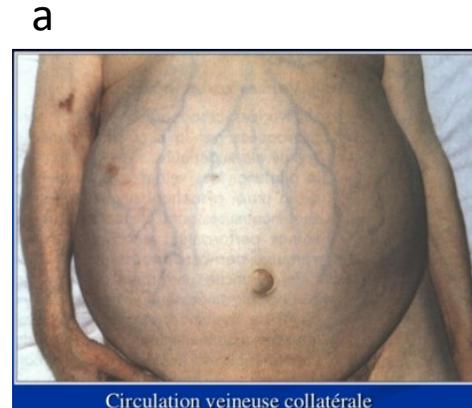


Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

5- EXAMEN DE L' ABDOMEN

- Inspection : volume du ventre, cicatrices de chirurgie antérieure, circulation veineuse collatérale (a)
- Palpation : orifices herniaires, du foie (estimer la hauteur du débord sous les côtes en cm sur la ligne médio claviculaire, de la rate (mesure de son débord /fausses côtes)
- Percussion de l'abdomen : matité (ascite), sonore (météorisme, gaz)
- Percussion des fosses lombaires



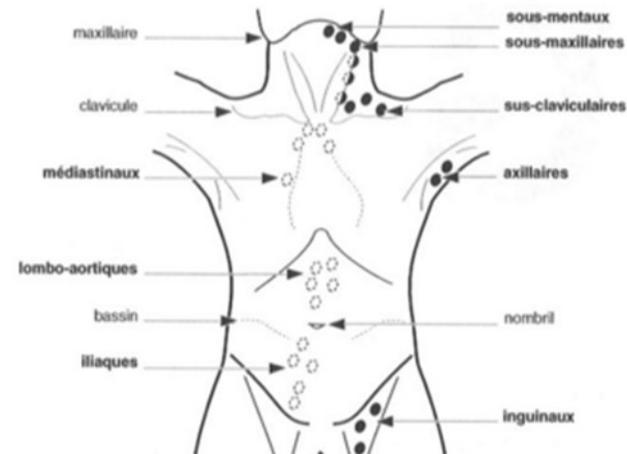
Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

6- EXAMEN des AIRES GANGLIONNAIRES PERIPHERIQUES

Apprécier la taille, la consistance et la mobilité

Principales aires ganglionnaires :



Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

7- EXAMEN NEUROLOGIQUE

- Conscience
- Fonctions supérieures : langage, orientation dans le temps et l'espace, jugement
- Marche, station debout, équilibre au garde à vous
- Epreuves doigt-nez et talon-genou (testent le cervelet)
- Force musculaire segmentaire des membres supérieurs et inférieurs
- Sensibilité aux divers modes : pique-touche, thermique, position des orteils
- Réflexes ostéo-tendineux
- Exploration des nerfs crâniens

- Asymétrie avec hémiface lisse et flasque ¹

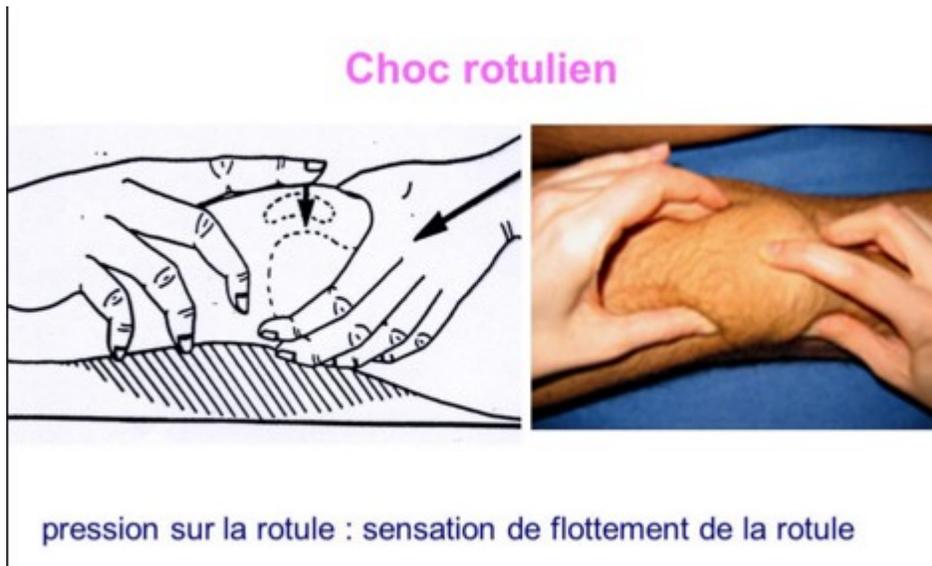


Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

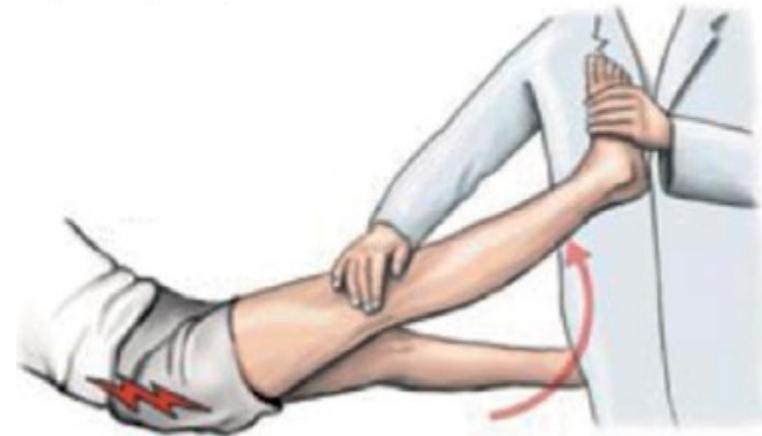
8- EXAMEN RHUMATOLOGIQUE

- Statique et souplesse du rachis : distance mains-sol
- Amplitudes articulaires : épaules, hanches, genoux
- Recherche d'un choc rotulien
- Recherche d'un signe de Lasègue



SIGNE DE LASÈGUE

🕒 Le signe de Lasègue témoigne de la compression de la racine. L'élévation de la jambe est limitée par la douleur irradiée dans la jambe (flèche)



Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

9- EXAMEN de la TETE et du COU

- Palpation du corps thyroïde : goitre ou nodule ?
- Glandes salivaires : hypertrophie ?
- Bouche : langue , dents, gencives, amygdales, pharynx
- Oreille: pavillon, tympan (otoscope)



Pour aller plus loin (3)

EXAMEN PHYSIQUE

10- EXAMEN DES ORGANES GENITAUX ET DES SEINS

- Inspection et palpation des seins (homme et femme)
- Palpation des testicules et des épидидymes
- Toucher rectal (paroi rectale et prostate)
- Toucher vaginaux (col et corps utérins)