

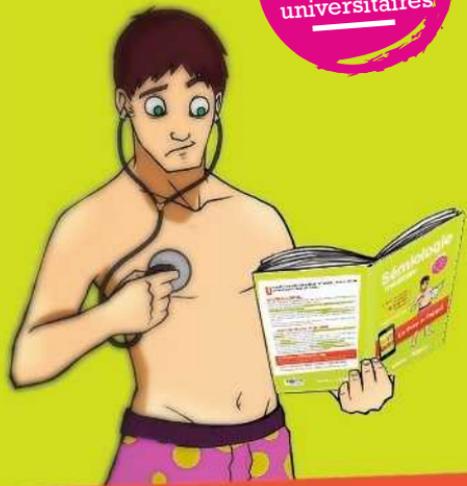
Sémiologie médicale

5^e édition

VALIDÉE
par un collège
de relecteurs
universitaires

L'apprentissage
pratique
de l'examen
clinique

Baptiste Coustet



Le livre + l'appli

estem · Vuibert

Sémiologie médicale

L' apprentissage pratique
de l'examen clinique

5^e édition

Baptiste Coustet

estem • Vuibert

Illustrations :

© A.C.R : Anne-Christel Rolling

© S.M. : Sandrine Marchand

© Photos : Baptiste Coustet

ISBN : 978-2-84371-861-8

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illécite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

© Estem-Vuibert – septembre 2016 – 5, allée de la 2^e DB – 75015
Paris

Site Internet : www.vuibert.fr

L'auteur

Baptiste Coustet est médecin spécialiste et passionné de sémiologie. Il est également conférencier d'internat, correcteur d'Annales et auteur de cas cliniques.

Collège des relecteurs

Remerciements chaleureux aux relecteurs spécialistes qui ont validé la 3^e édition de ce livre, par ordre alphabétique :

Docteur Elie AZRIA, PHU de Gynécologie-Obstétrique, CHU Bichat-Claude Bernard

Professeuse Marie-Germaine BOUSSER, ancienne Chef de service de Neurologie, CHU Lariboisière

Professeur Enrique CASALINO, Chef de service des Urgences, CHU Bichat-Claude Bernard

Professeur Bruno CRESTANI, PUPH de Pneumologie, CHU Bichat-Claude Bernard

Professeuse Béatrice CRICKX, ancienne Chef de service de Dermatologie, CHU Bichat-Claude Bernard

Professeur Michel LEJOYEUX, Chef de service de Psychiatrie, CHU Bichat-Claude Bernard

Professeur Jean-Marie LE PARC, ancien Chef de service de Rhumatologie, CHU Ambroise Paré

Professeur Dominique LUTON, Chef de service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Bichat-Claude Bernard

Docteur Maxime PALAZZO, PH Gastro-entéro-pancréatologie, CHU Beaujon

Professeur Vincent RAVERY, Chef de service d'Urologie, CHU Bichat-Claude Bernard

Professeur Ronan ROUSSEL, PUPH d'Endocrinologie-Nutrition, CHU Bichat-Claude Bernard

Avant-propos

« J'essaie de faire ce que je ne sais pas faire, c'est ainsi que j'espère apprendre à le faire. »

Pablo Picasso

Examiner un malade ! Voici quelque chose de bien banal après quelques années à répéter, perfectionner son interrogatoire et ses gestes. Et pourtant, on ne peut oublier la première fois ; celle où l'on se lance avec peu ou pas de certitude, avec ce sentiment de privilège, de fierté et, en même temps, l'angoisse liée à la somme des connaissances à acquérir et cette conviction croissante, telle une épée de Damoclès, que l'oubli et l'erreur nous guettent...

Passionnant ! La diversité et les subtilités de l'examen clinique, le caractère unique de chaque malade rendent cet apprentissage exigeant mais ô combien enrichissant. La curiosité et la volonté de toujours comprendre seront vos fidèles alliés dans ce but élevé de devenir un bon médecin, humain, de pratiquer une médecine qui s'intéresse au malade dans sa globalité.

Savoir s'étonner ! C'est aussi un moteur pour ne pas tomber dans la facilité d'un examen stéréotypé sans signification et passer à côté des subtilités qui sont le moteur de votre apprentissage et des découvertes.

L'examen clinique est ce qui fait de la médecine un art. Il évolue sans cesse, se basant sur des signes parfois millénaires, se délestant du non contributif. C'est la raison d'être de cet ouvrage, au plus près de votre pratique, dans la poche de votre blouse.

J'ai voulu y présenter une sémiologie hiérarchisée, actuelle, adaptée à la pratique et rationnelle en facilitant la compréhension des choses tout en mettant en avant les signes décisifs, ceux qui apportent une information pertinente.

Cette quatrième édition s'associe à son application smartphone pensée pour vous permettre de rechercher rapidement au lit du malade les informations pratiques mais aussi parcourir l'essentiel de la sémiologie médicale.

J'espère que ce guide répondra à vos attentes et vous donnera envie de pratiquer un examen clinique de qualité et raisonné.

Et n'hésitez pas, soyez curieux tout en demeurant patient à votre tour. C'est un apprentissage long mais tellement utile.

Baptiste Coustet

Comment utiliser cet ouvrage ?

Ce guide s'utilise de manière graduelle. Les premières lectures attentives vous permettront de comprendre, d'appréhender le vocabulaire médical et de saisir les raisonnements importants. De bonnes connaissances d'anatomie sont essentielles.

Il est recommandé de lire au préalable **les deux premiers chapitres de conseils méthodologiques et d'observation médicale**. Les abréviations, fréquemment utilisées dans la pratique et dans ce guide, sont listées en début d'ouvrage.

Chaque appareil peut être ensuite étudié progressivement, dans l'ordre qui vous conviendra.

Les chapitres regroupent tous les signes fonctionnels à rechercher à l'interrogatoire pour chaque appareil. Ils détaillent ensuite ce qu'il vous est nécessaire de connaître pour un examen clinique complet. Les informations sont hiérarchisées, les éléments les plus importants étant en caractères gras. La sémiologie biologique est détaillée par la suite, complétée en fin d'ouvrage par des tableaux regroupant l'ensemble des normales de laboratoires les plus utiles.

Les principes de base en radiologie sont abordés au chapitre 22. Pour approfondir, reportez-vous à l'ouvrage de Constance de Margerie, *Imagerie médicale pratique* (Éditions Vuibert-Estem, 2015).

Des moyens mnémotechniques **surlignés** ont été insérés pour faciliter votre apprentissage.

Les informations moins essentielles, à lire en deuxième lecture ont été marquées d'un filigrane gris et écrites dans une plus petite police.

Le chapitre 23, « Check-list », vous aidera à ne rien oublier, à être systématique et rigoureux. Habituez-vous à l'utiliser dès le début, même au lit du malade.

Enfin, **un index**, en fin d'ouvrage, vous permettra de trouver facilement les informations que vous cherchez ; il précise l'étymologie des mots que vous aurez à acquérir.

Utilisation de l'application smartphone

L'application smartphone vous permet de rechercher en texte et en image les éléments principaux de l'examen clinique.

Ainsi, vous y trouverez les définitions des termes médicaux, les éléments importants de l'interrogatoire devant un symptôme donné, les signes d'examen physiques à rechercher et comment examiner, au lit du patient.

Vous pourrez accéder au texte et à l'iconographie par moteur de recherche ou par les différentes parties de l'examen clinique, appareil par appareil.

Des éléments d'examen complémentaires ou de syndromes pathologiques courants sont inclus pour la plupart des appareils étudiés.

Table des matières

Liste des abréviations pour la sémiologie clinique par appareils	XIX
--	-----

Listes des abréviations pour la sémiologie biologique et radiologique	XXII
---	------

Partie 1 – Méthodologie

1. Conseils méthodologiques.....	3
1. Définitions.....	3
2. Méthode d'apprentissage de la sémiologie.....	6
3. Valeur des tests en médecine.....	6
2. Observation médicale	9
1. Introduction	9
2. Intérêt de l'examen clinique	9
3. Écriture de l'observation médicale.....	10
4. Plan de l'observation médicale.....	11
5. Conclusion.....	11
6. L'observation médicale en pratique	12
6.1. Interrogatoire général ou systématique.....	12
6.2. Interrogatoire orienté	18
6.3. Examen physique	18
6.4. Examens complémentaires déjà réalisés.....	19
6.5. Conclusion	19
7. Suivi du patient au cours de l'hospitalisation : évolution	20
3. La douleur, maître symptôme	30
1. Généralités	30
2. Physiopathologie	30
3. Caractéristiques d'une douleur	31
4. Évaluation de l'intensité	32
5. Traitement.....	33
5.1. Douleurs nociceptives	33
5.2. Douleurs neuropathiques	34
4. État général, fièvre et hydratation	36
1. Signes généraux (SG)	36
2. Fièvre	37
2.1. Définitions et physiopathologie	37
2.2. Diagnostic	37
2.3. Conduite à tenir	37
2.4. Caractéristiques de la fièvre.....	38
2.5. Cadres étiologiques de fièvre aiguë.....	39
2.6. Surveillance de la fièvre	39

3. État d'hydratation	40
3.1. Anamnèse	40
3.2. Signes physiques	40
3.3. Tableaux cliniques	41

Partie 2 – Sémiologie clinique par appareils

5. Examen cardiovasculaire	45
1. Examen cardiaque	45
1.1. Signes fonctionnels	45
1.2. Examen physique cardiaque	54
1.3. Tableau clinique cardiologique fréquent : insuffisance cardiaque.....	70
2. Examen vasculaire.....	74
2.1. Examen artériel.....	74
2.2. Artères en général	74
2.3. Artères carotides : signes neurologiques	75
2.4. Artères des membres	75
2.5. Aorte.....	76
2.6. Artères rénales	76
2.7. Examen physique	76
2.8. Tableaux pathologiques fréquents.....	82
2.9. Examen veineux	86
2.10. Examen lymphatique : lymphœdème	91
6. Examen pneumologique	92
1. Signes fonctionnels	92
1.1. Douleur thoracique.....	92
1.2. Dyspnée	93
1.3. Expectorations et bronchite chronique.....	95
1.4. Hémoptysie	96
1.5. Toux.....	97
1.6. Hoquet	98
1.7. Ronflement	98
2. Signes physiques.....	99
2.1. Inspection.....	99
2.2. Palpation : recherche des vibrations vocales (VV)	103
2.3. Percussion pulmonaire	104
2.4. Auscultation pulmonaire	105
3. Épreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR)	113
3.1. Paramètres principaux mesurés	113
3.2. Syndromes pathologiques.....	115
4. Ponction pleurale diagnostique.....	116
4.1. Technique.....	116
4.2. Paramètres mesurés et orientation.....	117
4.3. Grandes orientations étiologiques	117
5. Tableaux pathologiques fréquents.....	119
5.1. Infection respiratoire basse ou pneumopathie infectieuse ou pneumonie aiguë	119

5.2. Embolie pulmonaire (EP).....	120
5.3. Épanchement pleural liquidien.....	122
5.4. Pneumothorax (PNO) ou épanchement pleural gazeux.....	123
5.5. Asthme.....	124
5.6. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).....	127
5.7. Insuffisance respiratoire chronique.....	129
7. Examen de l'appareil digestif.....	130
1. Signes fonctionnels.....	130
1.1. Douleur abdominale.....	130
1.2. Troubles du transit.....	137
1.3. Hémorragie digestive (HD).....	141
1.4. Symptômes œsophagiens.....	143
2. Signes physiques.....	144
2.1. Inspection.....	144
2.2. Palpation abdominale.....	147
2.3. Percussion abdominale.....	155
2.4. Auscultation abdominale.....	156
2.5. Toucher rectal.....	157
3. Regroupements syndromiques.....	159
3.1. Urgences chirurgicales extrêmes.....	159
3.2. Urgences chirurgicales.....	160
3.3. Urgence médicale : pancréatite aiguë.....	166
3.4. Grands syndromes.....	168
4. Raisonnement étiologique devant les situations pathologiques courantes.....	173
4.1. Ascite.....	173
4.2. Ictère.....	175
8. Examen neurologique.....	177
1. Anatomie et rôles du système nerveux.....	177
1.1. Fonctions supérieures.....	177
1.2. Motricité.....	180
1.3. Sensibilité.....	181
1.4. Autres fonctions sensorielles.....	182
1.5. Maintien du tonus.....	182
1.6. Coordination et enchaînement des mouvements.....	182
2. Raisonnement en neurologie.....	182
3. Examen neurologique « minimal ».....	183
3.1. Signes fonctionnels.....	183
3.2. Latéralité.....	184
3.3. Signes physiques.....	184
4. Examen neurologique orienté, recherche des syndromes neurologiques.....	232
4.1. Système nerveux central (SNC).....	232
4.2. Syndromes mixtes (central et/ou périphérique).....	249
4.3. Syndrome neurogène périphérique (SNP).....	254
4.4. JNM et muscle.....	258
5. Situations neurologiques fréquentes.....	259
5.1. Céphalée et douleur faciale.....	259

5.2. Syndromes épileptiques.....	264
5.3. Accidents vasculaires cérébraux (AVC).....	266

9. Examen de l'appareil locomoteur : rhumatologie et orthopédie..... 267

1. Généralités.....	268
2. Signes fonctionnels.....	288
2.1. Douleur.....	268
2.2. Gonflement articulaire.....	272
2.3. Raideur articulaire ou enraidissement, dérouillage.....	273
2.4. Impotence fonctionnelle.....	273
2.5. Blocage : rachidien, genou, doigt.....	273
2.6. Troubles de la marche.....	273
2.7. Signes généraux.....	275
3. Examen physique articulaire.....	275
3.1. Squelette axial.....	275
3.2. Squelette périphérique.....	296
4. Raisonnement devant une ou plusieurs arthrite(s).....	338
4.1. Définition.....	338
4.2. Anamnèse.....	338
5. Examen physique osseux.....	340

10. Examen urologique.....341

1. Signes fonctionnels.....	341
1.1. Douleur.....	341
1.2. Troubles mictionnel.....	343
1.3. Coloration des urines.....	345
1.4. Écoulement urétral.....	346
1.5. Hémospermie.....	347
1.6. Grosse bourse.....	347
1.7. Dysfonction érectile.....	347
2. Signes physiques.....	347
2.1. Constantes.....	347
2.2. Inspection des urines et BU.....	348
2.3. Examen des fosses lombaires (FL), des flancs et des hypochondres....	348
2.4. Recherche de globe vésical.....	349
2.5. Examen de la prostate.....	350
2.6. Examen des bourses.....	350
2.7. Examen de la verge.....	352
2.8. Examen de l'urètre chez la femme.....	352
3. Orientation diagnostique devant les situations pathologiques courantes.....	353
3.1. Hématurie.....	353
3.2. Grosse bourse.....	353
3.3. Troubles de vidange vésicale.....	354
3.4. Troubles de la retenue.....	355
3.5. Incontinence urinaire (IU).....	355

11. Examen gynécologique – obstétrique.....	356
1. Signes fonctionnels	356
1.1. Douleurs ou algies pelviennes	356
1.2. Écoulements génitaux	358
1.3. Aménorrhée.....	360
1.4. Aménorrhée physiologique.....	361
1.5. Infertilité ou infécondité.....	362
1.6. Prurit génital	362
1.7. Signes fonctionnels urinaires	362
1.8. Seins	362
2. Points importants de l'anamnèse : spécificités	363
2.1. Gynécologie	363
2.2. Obstétrique.....	364
3. Examen physique.....	364
3.1. Abdomen	364
3.2. Seins	365
3.3. Examen pelvien	366
3.4. Particularités de l'examen obstétrique (parturiente).....	370
12. Examen hématologique et lymphatique	372
1. Syndrome anémique.....	372
1.1. Signes fonctionnels : syndrome anémique	372
1.2. Signes physiques	373
2. Syndrome infectieux.....	374
3. Syndrome hémorragique.....	374
3.1. Hémostase primaire	374
3.2. Coagulation ou hémostase secondaire	375
4. Syndrome tumoral	375
4.1. Signes « B »	375
4.2. Aires ganglionnaires superficielles.....	375
4.3. Examen de la bouche.....	382
4.4. Hépatomégalie	382
4.5. Splénomégalie.....	382
13. Examen oto-rhino-laryngologique (ORL) – Stomatologique.....	384
1. Fonction auditive	385
1.1. Signes fonctionnels	385
1.2. Examen physique	387
1.3. Examens complémentaires spécialisées.....	389
2. Fonction vestibulaire	389
2.1. Signes fonctionnels	389
2.2. Examen physique	390
2.3. Examens complémentaires	390
3. Larynx et organe vocal.....	390
3.1. Signes fonctionnels	390
3.2. Examen physique	391
3.3. Examens complémentaires	392
4. Cavité buccale et oropharynx.....	392
4.1. Signes fonctionnels	393
4.2. Examen physique	394

5. Fosses nasales et sinus	394
5.1. Signes fonctionnels	394
5.2. Examen physique	396
14. Examen ophtalmologique.....	397
1. Signes fonctionnels	397
1.1. Baisse d'acuité visuelle (BAV)	398
1.2. Altération du champ visuel ou scotome positif	398
1.3. Phosphènes	398
1.4. Myodésopsies	398
1.5. Diplopie	398
1.6. Douleur oculaire	398
1.7. Photophobie.....	399
1.8. Métamorphopsies	399
1.9. Micropsie et macropsie	399
1.10. Héméralopie	399
1.11. Larmoiement	399
1.12. Troubles des paupières	399
1.13. Prurit oculaire	399
1.14. Xérophtalmie.....	399
2. Regroupements syndromiques	400
2.1. Syndrome de fatigue visuelle.....	400
2.2. Syndrome maculaire	400
3. Examens ophtalmologiques par le spécialiste et signes physiques..	400
3.1. Examens réalisés systématiquement.....	400
3.2. Examens réalisés pour anomalie clinique ou sur demande du clinicien.....	404
15. Examen dermatologique.....	407
1. Signe fonctionnel : prurit	407
2. Signes physiques.....	408
2.1. Généralités	408
2.2. Raisonement en dermatologie.....	408
2.3. Topographie évocatrice des lésions	409
2.4. Lésions élémentaires initiales	409
2.5. Lésions élémentaires secondaires (remaniées).....	412
2.6. Atteinte des phanères.....	414
2.7. Regroupement syndromique	414
3. Phénomène de Raynaud	416
4. Brûlure	417
4.1. Évaluation de la surface brûlée : règle des 9 de Wallace	417
4.2. Évaluation du degré des brûlures	417
5. Allergies cutanées	418
5.1. Manifestations cutanées liées à une réaction allergique	418
5.2. Manifestations cutanées atopiques	418
5.3. Manifestations cutanées d'hypersensibilité retardée : eczéma de contact.....	419

16. Examen métabolique et endocrinologique	421
1. État nutritionnel.....	421
1.1. Anamnèse	421
1.2. Signes physiques	421
2. Thyroïde.....	424
2.1. Généralités	424
2.2. Signe fonctionnel : douleur.....	424
2.3. Examen physique	424
2.4. Dysthyroïdies.....	426
3. Diabète sucré.....	428
3.1. Symptômes d'hyperglycémie chronique.....	428
3.2. Formes cliniques	429
3.3. Complications chroniques	429
3.4. Complications aiguës	430
4. Hypoglycémie.....	430
4.1. Tableau clinique : syndrome d'hypoglycémie	430
4.2. Causes	431
5. Hypercorticisme.....	432
5.1. Tableau clinique : syndrome de Cushing	432
5.2. Étiologies	432
6. Insuffisance surrénale ou surrénalienne.....	433
6.1. Insuffisance surrénale chronique ou syndrome d'Addison.....	433
6.2. Insuffisance surrénale aiguë	434
7. Phéochromocytome et paragangliome	434
8. Acromégalie	434
9. Hyperprolactinémie	435
10. Insuffisance antéhypophysaire.....	435
11. Diagnostic biologique en endocrinologie.....	436
11.1. Dosages statiques.....	436
11.2. Dosages dynamiques.....	436
11.3. Dosages couramment réalisés	437
17. Examen psychologique – psychiatrique	438
1. Entretien psychiatrique	438
1.1. Mise en confiance du patient.....	438
1.2. Observation et écoute	439
1.3. Anamnèse	439
2. Classification des troubles en psychiatrie.....	440
3. Éléments de troubles psychiatriques à rechercher à l'interrogatoire.....	441
3.1. Usage de substances psychoactives	441
3.2. Troubles de la personnalité.....	441
3.3. Troubles psychiatriques.....	441
3.4. Manifestations somatiques associées	445
18. Urgences vitales	446
1. État de choc	446
1.1. Définition.....	446
1.2. Physiopathologie	446
1.3. Classification des chocs.....	447
1.4. Signes cliniques.....	447
1.5. Particularités du choc septique	448

2. Détresse respiratoire ou insuffisance respiratoire aiguë (IRA).....	448
2.1. Définition.....	448
2.2. Physiopathologie	449
2.3. Diagnostic clinique	449
2.4. Prise en charge immédiate	450
2.5. Étiologies classées par mécanismes	450
3. Confusion ou syndrome confusionnel	450
3.1. Définition.....	450
3.2. Critères diagnostiques.....	451
3.3. Points importants de l'examen clinique	451
3.4. Examens complémentaires systématiques	452
3.5. Étiologies	452
4. Coma.....	453
4.1. Définition.....	453
4.2. Profondeur du coma : échelle de Glasgow	453
4.3. Examen clinique du patient comateux.....	455
4.4. Étiologies et examens complémentaires	458
5. Polytraumatisé	459
5.1. Définition.....	459
5.2. Examen clinique immédiat.....	459
6. Arrêt cardio-respiratoire (ACR) : CAT devant un sujet inanimé suspect d'ACR.....	460
6.1. Faire le diagnostic d'ACR	460
6.2. Secourir.....	460
7. Surveillance.....	462
19. Particularités de l'examen en gériatrie	463
1. Définitions.....	463
2. Principales fonctions physiologiquement altérées par le vieillissement	463
3. Mode de révélation des maladies chez la personne âgée	464
4. Raisonnement global devant une maladie chez le sujet âgé	464
5. Particularités à prendre en compte dans le raisonnement	465
6. Syndrome démentiel.....	466
7. Causes de démence	468
20. Examen pédiatrique	469
1. Nouveau-né	470
1.1. Examen à la naissance.....	470
1.2. Examen obligatoire du 8e jour	471
2. Nourrisson	474
2.1. Consultations de suivi.....	474
2.2. Situations pathologiques fréquentes : raisonnement.....	476
3. Petit et grand enfant	481
3.1. Alimentation.....	481
3.2. Croissance staturo-pondérale	481
3.3. Développement psychomoteur.....	481
3.4. Dépistage des troubles sensoriels.....	482
3.5. Vaccination.....	483

4. Adolescent.....	483
4.1. Alimentation et dépistage de l'obésité	483
4.2. Croissance et puberté	483
4.3. Scolarité et socialisation	484
4.4. Dépistage des anomalies rachidiennes : cyphose et scoliose	484
4.5. Vaccins	484
5. Douleur chez l'enfant : évaluer et traiter	484
5.1. Particularités.....	484
5.2. Évaluation	484
5.3. Traitements.....	485

Partie 3 – Sémiologie des examens complémentaires courants

21. Sémiologie biologique et néphrologique :

examens de laboratoire	489
1. Prélèvement sanguin veineux.....	489
1.1. Technique.....	489
1.2. Hématologie : NFS ou hémogramme	490
1.3. Hémostase (ou crase sanguine)	495
1.4. Biochimie : ionogramme sanguin	497
1.5. Bactériologie : hémocultures	501
2. Exploration d'une anomalie lipidique (EAL, bilan lipidique).....	501
2.1. Paramètres dosés	501
2.2. Dyslipidémies	502
3. Prélèvement sanguin artériel : gaz du sang	503
3.1. Technique.....	503
3.2. Paramètres mesurés	504
3.3. Interprétation des résultats	504
4. Ponction de LCR : ponction lombaire	506
4.1. Technique.....	506
4.2. Analyse bactériologique	509
4.3. Analyse biochimique.....	509
4.4. Analyse anatomopathologique	510
4.5. Autres : virologie	510
5. Ponction de liquide articulaire.....	510
5.1. Ponction du genou par voie latérale	510
5.2. Analyse du liquide et orientation diagnostique.....	511
6. Examens des urines.....	512
6.1. Bandelette urinaire (BU).....	512
6.2. Examen cyto bactériologique des urines (ECBU)	512
6.3. Ionogramme urinaire.....	513
7. Sérologies usuelles.....	513
7.1. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	513
7.2. Hépatites aiguës : hépatite A (VHA), E (VHE) et formes aiguës des hépatites B (VHB), D (VHD) et C (VHC)	514
7.3. Hépatites chroniques.....	514
7.4. Généralités sur les autres sérologies	516

8. Sémiologie néphrologique	517
8.1. Physiopathologie	517
8.2. Régulation de l'état d'hydratation	518
8.3. Syndromes rénaux	520

22. Sémiologie radiologique.....524

1. Généralités sur les examens d'imagerie médicale.....	524
1.1. Indication des examens complémentaires radiologiques (valable pour tout examen complémentaire)	524
1.2. Intérêts d'un examen radiologique (et de tout autre examen complémentaire)	524
1.3. Formulation d'une demande d'examen radiologique	525
1.4. Contre-indications des examens d'imagerie médicale	526
2. Radiographie standard.....	526
3. Tomodensitométrie (TDM) ou scanner ou scannographie	527
4. Échographie Doppler ou ultrasonographie	528
5. Imagerie par résonnance magnétique (IRM) ou rémnographie	529

Partie 4 – Tableaux sémiologiques

23. Check-list.....	533
----------------------------	------------

Annexes

Normales de laboratoire	545
Liste des préfixes/suffixes grecs les plus courants.....	549
Index avec racines grecques (gr.) et latines (lat.)	551

Observation médicale

Chapitre 2

1. Introduction

C'est la trace écrite et mise en forme de l'examen clinique et de la réflexion qui en découle.

Son plan est précis, mais l'ordre va varier en fonction de l'expérience du clinicien.

- ▶ Pour l'étudiant en début de cursus médical : les pathologies n'étant quasiment pas connues, il faut s'efforcer d'être exhaustif et systématique en examinant tous les appareils rigoureusement (*voir chapitre 23, Check-list*), s'habituer au vocabulaire, rassembler les symptômes et signes en syndromes. Les observations sont nécessairement peu orientées par méconnaissance des maladies et beaucoup d'informations peu utiles seront recueillies, ce n'est pas grave !
- ▶ **Pour l'étudiant en fin de cursus et le jeune interne** : les pathologies sont globalement connues et le temps disponible pour examiner le patient est important, comparé à une consultation programmée. L'examen doit être orienté par l'anamnèse et par un examen clinique complet. Les hypothèses diagnostiques doivent être argumentées et une conduite à tenir diagnostique et thérapeutique doit être dégagée.
- ▶ Pour le médecin confirmé généraliste ou spécialiste ou pour l'interne aux urgences : les pathologies sont connues et les délais nécessitent d'axer son examen clinique sur la pathologie ayant motivé le patient à consulter. On commence par l'histoire de la maladie détaillée. Celle-ci permet généralement de dégager des hypothèses diagnostiques qu'on étayera ou réfutera par des questions précises orientées et discriminantes sur le symptôme, les antécédents, les traitements pris... L'examen clinique vient, lui, corroborer les hypothèses diagnostiques. Il recherche avant tout les **signes de gravité** imposant des traitements immédiats ou une hospitalisation, a fortiori en contexte aigu, puis il étudie les appareils symptomatiques.

2. Intérêt de l'examen clinique

Pendant le cursus médical, la place de l'examen clinique va beaucoup varier pour l'étudiant.

Au début, il est au centre puisque non connu et il sera l'objet d'un investissement important pour acquérir le vocabulaire et la réalisation pratique de l'examen physique.

Lorsque vient l'externat, la place est donnée à l'apprentissage des pathologies en considérant que l'examen clinique est acquis (ce qui est rarement le cas). L'étudiant se trouve alors face à une somme de connaissances à acquérir et n'a plus le temps de revenir sur l'examen clinique. De plus, il apprend, avec beaucoup d'admiration, toutes les nouvelles techniques complémentaires (biologie, imagerie...) pour faire le diagnostic au détriment de l'examen clinique.

Enfin, lorsqu'on devient praticien, confronté aux limites administratives ou techniques des examens complémentaires, on souhaite raisonner à nouveau cliniquement.

Pour étayer l'importance de l'anamnèse, 2 petits clins d'œil :

- ▶ de nombreux professeurs se sont approprié l'**aphorisme d'Alajouanine** : « Si vous n'avez pas fait votre diagnostic à l'interrogatoire, vous ne le ferez jamais. » Ce n'est pas si caricatural que ça en a l'air ;
- ▶ plusieurs études concernant l'**efficacité diagnostique de l'examen clinique** pour divers symptômes ont démontré l'importance de l'anamnèse et des signes physiques, reléguant l'impact des examens complémentaires au second plan ou dans le but de se rassurer : Roshan et Rao, en 2001, ont montré que dans 79 % des cas, l'anamnèse suffisait à faire le diagnostic. Dans 8 % des cas, c'est au stade de l'examen physique que le diagnostic a été fait et dans seulement 13 % avec les examens complémentaires ; Peterson et Holbrook en 1992 avaient déjà donné des chiffres semblables : 76 % pour l'anamnèse, 12 % pour l'examen physique et 11 % pour les examens complémentaires.

Prenez du temps pour interroger vos malades et surtout, **adaptez votre langage** à leur niveau de compréhension.

Pour les patients non communicants ou ne parlant pas une langue commune, il est primordial de se renseigner auprès de l'entourage proche, des médecins, en faisant appel à un interprète (téléphonique ou personne physique) ou en récupérant les dossiers précédents s'ils existent.

3. Écriture de l'observation médicale

Sur le plan formel, quelques **conseils** :



- ▶ écrire très lisiblement ;
- ▶ éviter les phrases, les abréviations, ou n'utiliser que celles qui sont communément admises et connues par tous les médecins (HTA, P, HIC...). Attention, certaines abréviations n'ont pas le même sens en fonction de la spécialité (BAV : bloc auriculo-ventriculaire en cardiologie, baisse d'acuité visuelle en ophtalmologie) : voir la liste page XIX ;

- ▶ faire ressortir le plan ;
- ▶ éviter les approximations et les termes non médicaux : « bilan », « a priori... »

Pour l'étudiant en formation, il est nécessaire de tout détailler, par exemple :

- ▶ **ne pas noter** « absence de syndrome méningé » sans en préciser la justification (on est donc sûr d'avoir recherché ces manœuvres : pas de céphalée, pas de vomissement, pas de photo-phonophobie, pas de raideur de nuque, pas de signe de Kernig...);
- ▶ **ne pas noter** « examen des nerfs crâniens normal », mais énumérer chaque nerf crânien testé et, pour chacun d'eux, les manœuvres et les résultats. En général, l'examen complet des nerfs crâniens est long à assimiler ; il faut donc savoir rester humble et ne noter que ce que l'on connaît.

En étant relu par un senior, vous pourrez obtenir des critiques constructives. L'effort réalisé en se récitant l'ensemble de l'examen clinique permet, lors de chaque révision, appareil par appareil, de se rendre compte de ce qui a été acquis ou oublié.

4. Plan de l'observation médicale

Le plan minimal d'une observation est le suivant :



- ▶ date et identification du clinicien ;
- ▶ motif de consultation ou d'hospitalisation ;
- ▶ anamnèse systématique ;
- ▶ anamnèse orientée ;
- ▶ examen physique ;
- ▶ résultats des examens complémentaires déjà effectués : biologie, imagerie, endoscopie ou autre ;
- ▶ conclusion avec résumé et regroupement syndromique, hypothèses étiologiques argumentées, conduites à tenir diagnostique et thérapeutique.

5. Conclusion

La conclusion est une étape très importante pour laquelle il est nécessaire de passer du temps et de faire des propositions, sans avoir peur de se tromper.

Vous avez le droit de noter vos réflexions dans le dossier médical et celles-ci ne seront pas transmises lorsque le malade demande l'accès à son dossier. C'est ainsi qu'on apprend à résumer l'examen clinique avec les informations importantes, proposer des diagnostics et les modalités pour le confirmer, puis proposer un traitement.

C'est en faisant des erreurs que l'on progresse, donc plus « on se mouille », meilleur sera l'apprentissage.

6. L'observation médicale en pratique

Voici une manière conseillée de présenter une observation médicale et un contenu minimal :

- ▶ observation médicale (titre) ;
- ▶ date ;
- ▶ heure (la nuit ou en cas de modification rapide de l'état de santé du patient) ;
- ▶ nom du clinicien (qualification : étudiant, externe...);
- ▶ M. ou Mme D, âge, consulte pour... ou est hospitalisé pour... ; puis :
- décrire les symptômes ayant nécessité un avis médical si diagnostic non fait ;
- donner le diagnostic si déjà fait (attention, toujours vérifier comment il a été posé et remettre en question les informations de tiers) ;
- investigations complémentaires : en détaillant (endoscopie...);
- traitement d'une pathologie donnée : perfusion de médicament, chimiothérapie...
- ▶ coordonnées des médecins (généraliste, spécialiste) : nécessaires pour les informer de la consultation ou de l'hospitalisation de leur malade ou leur demander des informations médicales ;
- ▶ **personne de confiance** et coordonnées : c'est une personne choisie par le patient, qui peut accompagner celui-ci pendant l'hospitalisation et qui doit être consultée lorsque le patient ne peut pas communiquer. C'est un droit du patient et c'est un devoir du médecin de proposer cette personne de confiance.

6.1. Interrogatoire général ou systématique

Il peut au choix débiter par l'histoire de la maladie (conseillé car il permet de cibler les antécédents pertinents, de poser des questions orientées sur le mode de vie...), ou terminer par celle-ci. L'interrogatoire doit dans tous les cas comporter les informations suivantes.

Examen neurologique

Chapitre 8

L'examen neurologique est difficile. Il est nécessaire d'avoir de bonnes notions d'**anatomie** pour raisonner et pour **topographier** le siège anatomique des lésions.

Le vocabulaire est très riche, parfois très abstrait, et d'autant plus difficile à assimiler lorsqu'il est associé à des pathologies peu fréquentes.

Les connaissances en neurologie ont beaucoup évolué ces dernières années et il est nécessaire de repenser l'examen neurologique dans ce contexte. Il est primordial aujourd'hui de raisonner rapidement devant une grande variété de symptômes afin de décider de la réalisation d'examens complémentaires ou d'un traitement en urgence. La sémiologie neurologique est extrêmement variée et de nombreux signes sont utilisés. Une exhaustivité serait impossible et prendrait trop de temps au lit du malade. Les progrès ont ainsi permis de distinguer les signes les plus importants de ceux qui n'apportent pas d'information et des signes nécessaires à affirmer la normalité de l'examen neurologique. Ainsi, la connaissance de l'**examen neurologique « minimal »**, présenté par la suite, vous permettra de déterminer les **grands syndromes neurologiques**, de prendre des décisions rapidement ou de décider de faire **appel à un neurologue**.

Nous commencerons par un rappel d'anatomie avant d'aborder l'examen neurologique courant.

1. Anatomie et rôles du système nerveux

1.1. Fonctions supérieures

Le **langage**, la réalisation de gestes (**praxies**) et la fonction de reconnaissance (**gnosies**) sont issus d'aires cérébrales corticales bien localisées. L'organisation dans l'espace de ces **aires** explique les syndromes cérébraux (cf. « *Syndromes hémisphériques* » p. 232).

Le langage concerne l'**hémisphère majeur** (gauche chez un droitier) et se répartit sur plusieurs aires allant de l'**aire motrice de Broca** (44,45) à l'**aire sensorielle de Wernicke** (22) en utilisant d'autres voies. Les autres aires importantes sont les **aires motrices et sensitives primaires**, qui s'occupent de la motricité du corps selon une organisation précise ou **somatotopie**. Ceci explique qu'une lésion puisse atteindre une zone de motricité ou de sensibilité sans conséquence sur l'aire voisine.

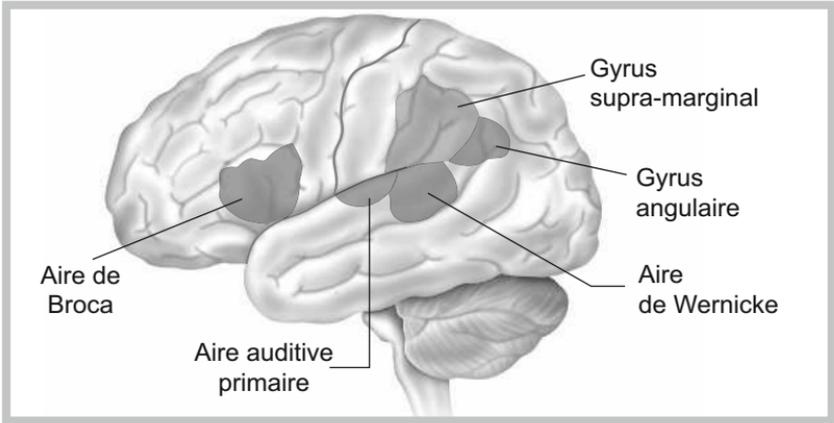
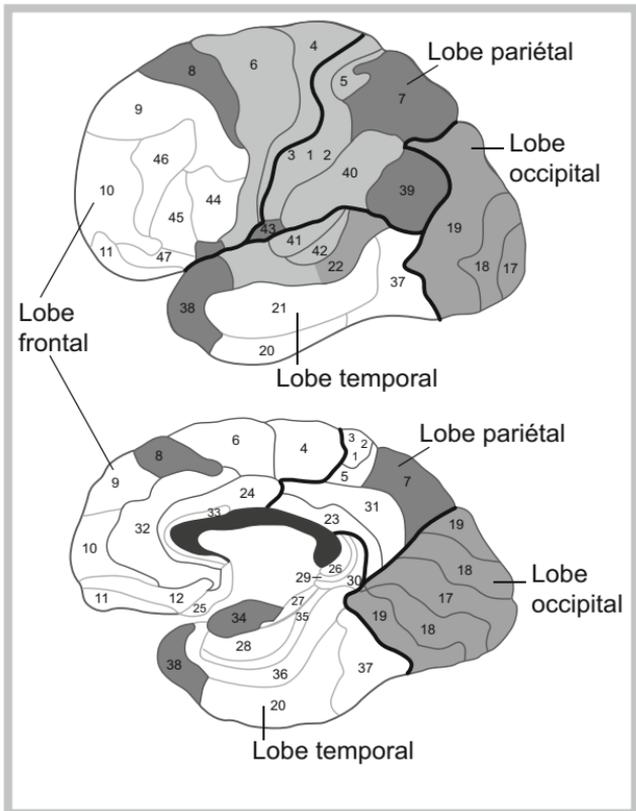


Figure 8.1 : Aires du langage



- 8 : zones visuelles
- 3 1 2-5-31-40 : somato-sensorielle
- 4-6-32 : motrice
- 9-10-11-12-23-24-25-28-35-36-46-47 : mémoire
- 41-42 : auditive
- 22 : Wernicke
- 44-45 : Broca
- 38 : émotions
- 17-18-19 : visuelle
- 20-21-27-30-37 : visuelle temporale / pariétale
- 34 : olfactive

Figure 8.2 : Lobes et aires cérébraux

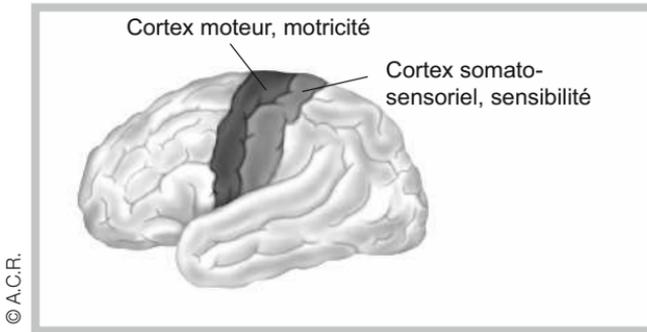


Figure 8.3 bis : Cortex moteur et somato-sensoriel

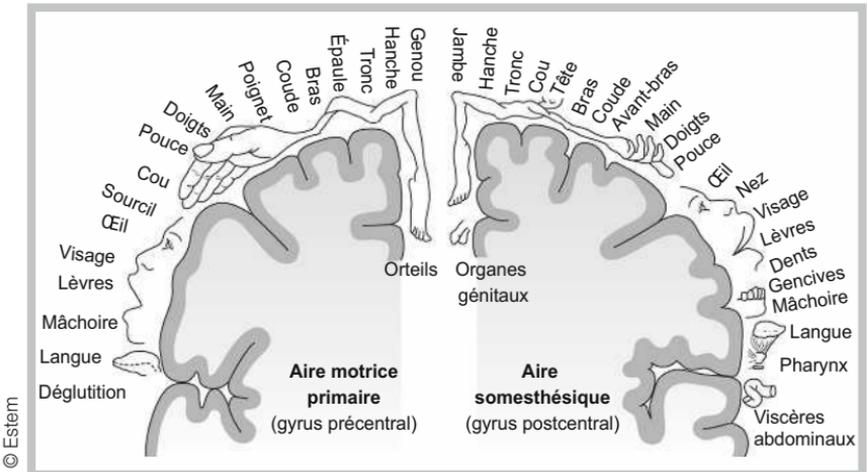


Figure 8.3 : Somatotopie motrice (gauche) et sensitive (droite)

Examen de l'appareil locomoteur : rhumatologie et orthopédie

Chapitre 9

L'examen de l'appareil locomoteur hors neurologie est difficile, nécessite de l'expérience et une habitude de l'examen « normal ». Certaines bases importantes vous permettront de renforcer votre sens clinique, de dégager une hypothèse principale à la fin de votre examen et de demander des examens complémentaires pertinents. Des bases anatomiques solides sont nécessaires. Même s'il peut exister des différences d'examen entre un rhumatologue et un orthopédiste, principalement liées aux différences de pathologies rencontrées par chacune des spécialités, l'examen doit être complet.

Schématiquement, une région articulaire est composée de plusieurs éléments, tous pouvant être l'origine d'un signe fonctionnel :

- ▶ **l'articulation** : elle comprend deux surfaces cartilagineuses séparées par un liquide synovial, une capsule articulaire ou membrane synoviale, l'os sous-chondral situé sous le cartilage et parfois des ménisques et des ligaments de renfort;
- ▶ **la région péri-articulaire ou abarticulaire** : des muscles et tendons péri-articulaires, s'insérant souvent à proximité des nerfs et vaisseaux de voisinage, des viscères parfois pour la racine des membres, les phanères.



Les SF de l'appareil locomoteur à rechercher sont :

- ▶ **douleur** : osseuse, articulaire, musculaire, etc. ;
- ▶ **gonflement articulaire** ;
- ▶ **raideur articulaire** ;
- ▶ **blocage articulaire** ;
- ▶ **craquement** ;
- ▶ troubles de la marche en terrain plat/escaliers : **boiterie, claudication, déroboement** du membre ou **lâchage** ;
- ▶ retentissement : **réduction du périmètre de marche**, perte d'autonomie dans les activités de la vie courante...

1. Généralités

Certains éléments doivent toujours être précisés :

- ▶ contexte : **traumatique** en notant l'heure/non traumatique ;
- ▶ mode de **début** : brutal ou progressif ;
- ▶ activité du malade : **profession, sports** pratiqués ;
- ▶ **latéralité** : main dominante, pied d'appel.

2. Signes fonctionnels

2.1. Douleur

C'est le symptôme maître dans toutes pathologies **ostéo-articulaire** et **abarticulaire** (tendons, ligaments, muscles), amenant le plus souvent un malade à consulter.

Il existe dans l'analyse de ces douleurs 3 grands éléments fondamentaux pour l'examen rhumatologique.

- ▶ **Le siège** de la douleur : l'objectif majeur de votre examen physique est de reproduire la même douleur que celle décrite par le patient. Le **site douloureux** doit être déterminé précisément par le malade et pour toute manœuvre recherchant une douleur, il faudra lui demander s'il s'agit de « **sa** » douleur. La palpation précise de chaque os, tendon, muscle doit être minutieuse. L'impression clinique est très importante et vous devez terminer votre examen avec une forte hypothèse étiologique. Le raisonnement devant une douleur localisée reste anatomique. Certaines douleurs peuvent également être projetées à d'autres articulations. Ainsi, toute douleur :
 - de l'épaule nécessite l'examen de l'articulation sterno-claviculaire et acromio-humérale ainsi que du rachis cervical ;
 - du genou nécessite l'examen de la hanche ;
 - de la région fessière et des membres inférieurs nécessite l'examen des sacro-iliaques, du rachis (articulaires postérieures notamment) et la recherche de troubles sphinctériens.
- ▶ Le **type** de douleur oriente vers certains grands cadres. Une **douleur nociceptive** oriente vers une cause anatomique locale, qu'elle soit de **rythme mécanique ou inflammatoire**. Une **douleur neuropathique** implique une lésion nerveuse locale ou à distance (radiculalgie).
- ▶ Le **rythme** douloureux principalement pour les douleurs nociceptives : mécanique ou inflammatoire.



Figure 9.6a : Étirement radicaire cervical

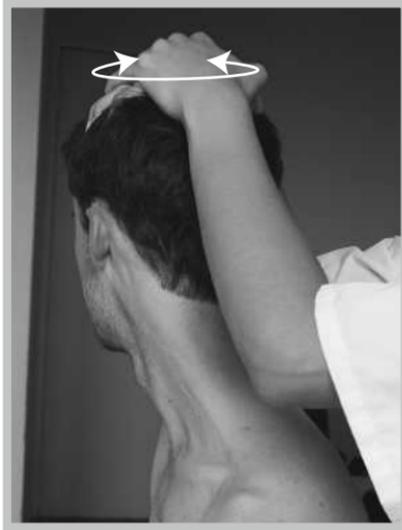


Figure 9.6b : Signe de Spurling

Au rachis lombaire : **sciaticque et cruralgie** :

- ▶ **signe de la sonnette** : *idem* rachis cervical ;
- ▶ **signe de Lasègue** : patient en décubitus dorsal au repos (figure 9.7). Élévation passive progressive d'un MI en extension et recherche de douleur lombaire ou de radiculalgie, en notant l'angle à partir duquel ces symptômes apparaissent, le plus souvent associé à un blocage net de l'élévation du membre. Au-delà de 75°, une douleur provoquée n'est pas pathologique. On différencie :
 - **Lasègue lombaire** : douleur lombaire déclenchée par la manœuvre sans radiculalgie ;

- **Lasègue vrai homolatéral** : sciatalgie reproduite (syndrome radiculaire L5 ou S1);
- **Lasègue croisé** : sciatalgie controlatérale déclenchée. Excellent signe de cause discale.



Signe de Lasègue



Signe de Léri

Figure 9.7 : Manœuvres d'étirement radiculaire aux membres inférieurs

Ce signe n'est pas constant. Une autre méthode de recherche existe : sujet assis, genou porté en extension en gardant le dos droit ;

- ▶ **signe de Léri** ou de Lasègue inversé (*figure 9.7*) : patient en décubitus ventral ou latéral, genou en extension ou fléchi à 90°. L'examineur tire progressivement le MI vers le haut ou en arrière et recherche les mêmes symptômes en faveur d'une cruralgie (syndrome radiculaire L3 ou L4). Une pathologie de hanche peut donner une fausse positivité du signe de Léri ;
- ▶ **faux Lhermitte** : la flexion forcée de la nuque, en position debout ou assise (membres inférieurs étendus) peut reproduire la lombalgie discale voire la radiculalgie.

Syndrome de canal lombaire rétréci

La sténose (rétrécissement) du canal lombaire est une cause fréquente de lombalgie et douleurs des membres surtout après 50 ans. Elle résulte souvent de hernies discales associées au glissement des vertèbres l'une sur l'autre (spondylolysthésis) et à une arthrose articulaire postérieure. Elle est responsable d'une irritation de plusieurs racines dont la symptomatologie est parfois évocatrice :

- ▶ **claudication douloureuse** avec radiculalgies ;
- ▶ radiculalgies bilatérales **à bascule** (alternant droite gauche) ;
- ▶ soulagées par l'**antéflexion du tronc** (signe du « caddie » : position penché en avant ou accroupi) et la position assise ou accroupie ; **aggravées en hyperextension**.

Un guide d'apprentissage pratique de l'examen clinique à utiliser pendant toute la durée des études.

UN OUVRAGE COMPLET...

Ce guide, validé par un collège d'enseignants universitaires, propose une sémiologie raisonnée, fondée sur les preuves et conforme à la pratique actuelle.

Une première partie développe le **vocabulaire de base de la sémiologie médicale** et la **méthodologie de l'examen clinique**.

La deuxième partie détaille **la sémiologie clinique par appareils**, en précisant les signes utiles et inutiles. Chaque chapitre est largement **illustré de photos et dessins** pour une meilleure compréhension des observations et des tests médicaux à effectuer lors de l'examen.

La troisième partie aborde la sémiologie biologique et les examens complémentaires, ainsi que les principes d'imagerie médicale.

... ADAPTÉ AUX BESOINS DES ÉTUDIANTS

Élaboré pour accompagner les étudiants **depuis le début de leur cursus jusqu'à l'usage hospitalier**, cet outil couvre tous les besoins :

- ▶ la recherche rigoureuse et systématique des signes physiques en DFGSM 2 et 3 grâce à la **check-list** en fin d'ouvrage, pour ne rien oublier lors de l'examen ;
 - ▶ la **sémiologie orientée**, abordée lors de l'apprentissage des pathologies pendant l'externat ;
 - ▶ la révision efficace pour les ECNi grâce à une **présentation en mots-clés** ;
 - ▶ une utilisation simplifiée grâce à **l'index des termes médicaux**, avec leur étymologie.
- Le langage utilisé est clair et adapté aux débutants. **Les moyens mnémotechniques** et les astuces pratiques facilitent l'assimilation des informations.

L'APPLICATION SMARTPHONE OFFERTE !

Elle vous permet de rechercher rapidement au lit du malade les informations pratiques mais aussi de parcourir l'essentiel de la sémiologie médicale.

PUBLICS : ÉTUDIANTS EN MÉDECINE • KINÉSITHÉRAPEUTES • OSTÉOPATHES

L'auteur, Baptiste Coustet, est médecin spécialiste et passionné de sémiologie.

ISBN : 978-2-84371-861-8



9 782843 718618

www.vuibert.fr