

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Collège National des Enseignants
de Médecine Interne (CEMI)**



**Société Nationale Française
de Médecine Interne (SNFMI)**



Sémiologie clinique

**R
2
C**

- Méthodologie de l'examen clinique
- Un guide pratique tout au long des études de médecine
- Toute la sémiologie clinique à connaître pour la R2C
- Les situations de départ de la R2C

LE RÉFÉRENTIEL | MED-LINE
LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Collège National des Enseignants
de Médecine Interne (CEMI)**



**Société Nationale Française de
Médecine Interne (SNFMI)**



Sémiologie clinique

MED-LINE
Editions

Éditions MED-LINE
74 boulevard de l'hôpital
75013 Paris
www.med-line.fr

SÉMIOLOGIE CLINIQUE

ISBN : 978-2-84678-328-6

© 2023 ÉDITIONS MED-LINE

Couverture et mise en page : Meriem Rezgui

Les dessins des pages 44, 57, 68, 120 (figure 18), 174, 175, 183, 184, 186, 190, 191, 193, 194, 212, 243, 299, 300 (figure 2), 342, 343 (figure 3), 352, 353, 366, 367, 370, 388, 439, 479 (figure 6) ont été réalisés par Carole Fumat.

Les autres dessins de l'ouvrage ont été réalisés pour la plupart par Meriem Rezgui et pour certains par les auteurs.

Achévé d'imprimer par Pulsioprint en Juillet 2023. Dépôt légal Juillet 2023.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (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.

Sommaire

Avant-propos.....	5
Groupe de pilotage du livre de Sémiologie clinique du CEMI	6
Auteurs du CEMI	7
Autres auteurs ayant participé à la rédaction de cet ouvrage	9
Hommage et remerciements	10
<u>Chapitre 1</u> : Mener l'entretien, rédiger l'observation	11
<u>Chapitre 2</u> : Approche clinique et sémiologie quantitative	27
<u>Chapitre 3</u> : Cœur	41
<u>Chapitre 4</u> : Vaisseaux	75
<u>Chapitre 5</u> : Appareil respiratoire	93
<u>Chapitre 6</u> : Appareil digestif	107
<u>Chapitre 7</u> : Appareil locomoteur	137
<u>Chapitre 8</u> : Système nerveux	169
<u>Chapitre 9</u> : Peau et phanères	239
<u>Chapitre 10</u> : Système endocrinien	263
<u>Chapitre 11</u> : Sang, hémostase	295
<u>Chapitre 12</u> : Psychiatrie	317
<u>Chapitre 13</u> : Reins et voies urinaires	339

<u>Chapitre 14</u> : Appareil génital féminin, obstétrique	361
<u>Chapitre 15</u> : Œil et vision	385
<u>Chapitre 16</u> : Bouche	413
<u>Chapitre 17</u> : Oreilles, nez, gorge	435
<u>Chapitre 18</u> : Examen aux urgences	453
<u>Chapitre 19</u> : Personne âgée	463
<u>Chapitre 20</u> : Nouveau-né, nourrisson, petit enfant, enfant	473

L'art de s'entretenir avec un patient et de l'examiner constitue l'essence même de la médecine. Sa maîtrise est nécessaire pour porter un diagnostic, établir un pronostic, mettre en place une prise en charge adaptée et construire une relation de confiance avec le patient. L'ouvrage de *Sémiologie clinique* du Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI) devrait contribuer à l'acquisition de cette expertise.

Il s'adresse aux étudiants en médecine francophones, dans le cadre de la formation initiale des premier et second cycles des études médicales. Ils trouveront ici les connaissances à acquérir et à mettre en pratique durant les stages hospitaliers qui jalonnent les études médicales. Car l'acquisition des compétences de Sémiologie clinique ne se consolide qu'au « lit du malade », auprès de tuteurs partageant leurs connaissances et leur expérience avec les étudiants. Le livre s'adresse également aux médecins en exercice dans le cadre de la formation continue, ainsi qu'aux enseignants de sémiologie, très nombreux parmi les internistes.

Cet ouvrage paraît au moment où se met en place en France la réforme du second cycle des études médicales. Cette réforme donne une place centrale à l'enseignement de la sémiologie. Ainsi, les bases essentielles acquises dans le premier cycle constituent un fil conducteur de l'enseignement du second cycle, matérialisées sous la forme de situations de départ (SDD). Ces SDD ont été insérées dans le texte et listées au début de chaque chapitre, en association aux compétences génériques lorsque cela nous semblait pertinent, dans l'optique de la préparation des épreuves dématérialisées nationales (EDN) et surtout des épreuves d'examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) nationaux.

La médecine interne, spécialité des démarches diagnostiques complexes et de la prise en charge globale du patient, implique – par sa très grande polyvalence – une maîtrise très large de la conduite de l'entretien et de l'examen clinique. L'intérêt porté à la sémiologie clinique par les internistes a conduit le CEMI à réaliser ce travail collaboratif, sous l'égide de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI).

La sémiologie reste fondée sur la transmission de savoirs dont la pertinence n'est habituellement pas discutée. En réalité, il reste beaucoup à faire pour valider l'intérêt des différents signes et des différentes manœuvres enseignées, leur sensibilité ou leur spécificité étant loin d'être toutes établies. Dans cette première édition, nous avons tenté d'identifier et de supprimer certains signes cliniques dont on sait aujourd'hui la mauvaise valeur prédictive. Nous avons aussi, dans toute la mesure du possible, croisé les sources existantes afin de réduire les disparités de langage qui existent encore dans l'enseignement de la sémiologie clinique, d'un pays à l'autre, voire d'une faculté à l'autre dans un même pays !

Nous espérons que la lecture attentive de ce livre par la collectivité des étudiants, des praticiens et des enseignants permettra non seulement de perfectionner et d'harmoniser les connaissances en sémiologie clinique, mais aussi d'identifier les possibles inexactitudes ou omissions, afin d'améliorer la qualité des prochaines éditions ! La sémiologie clinique reste une discipline vivante, qui continuera certainement à passionner les médecins, au bénéfice de leurs patients.

*Thomas Hanslik, Luc Mouthon, Pascal Sève, Olivier Steichen et Jean-François Viillard,
avec Odile Rauzy, présidente du CEMI*

Groupe de pilotage du livre de Sémiologie clinique du CEMI

Ouvrage coordonné par :

Pr Thomas Hanslik, Service de médecine interne, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt, Université Versailles Saint Quentin

Avec :

Pr Luc Mouthon, Service de médecine interne, Hôpital Cochin, Paris, Université Paris Cité

Pr Pascal Sève, Service de médecine interne, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1

Pr Olivier Steichen, Service de médecine interne, Hôpital Tenon, Paris, Sorbonne Université

Pr Jean-François Viillard, Service de médecine interne et maladies infectieuses, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac, Université de Bordeaux

Auteurs du Collège National des Enseignants de Médecine Interne

Pr Sébastien Abad, Service de médecine interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Sorbonne Paris Nord

Pr Christian Agard, Service de médecine interne, Hôpital Hôtel-Dieu, Nantes, Nantes Université

Dr Guillaume Armengol, Service de médecine interne, Hôpital Charles-Nicolle, Rouen, Université de Rouen Normandie

Pr Sylvain Audia, Service de médecine interne et immunologie clinique, Hôpital François Mitterrand, Dijon, Université Bourgogne

Dr Nicolas Belhomme, Service de médecine interne et immunologie clinique, Hôpital Sud, Rennes, Université de Rennes

Pr Ygal Benhamou, Service de médecine interne, Hôpital Charles-Nicolle, Rouen, Université de Rouen Normandie

Pr Christiane Broussolle, Service de médecine interne, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1

Pr Patrice Cacoub, Service de médecine interne et immunologie clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université

Pr Pascal Cathébras, Service de médecine interne, Hôpital Nord, Saint-Etienne, Université Jean Monnet Saint-Étienne

Pr Fleur Cohen Aubart, Service de médecine interne 2, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université

Pr Patrick Disdier, Département de médecine interne, Hôpital de la Timone, Marseille, Aix-Marseille Université

Pr Isabelle Durieu, Service de médecine interne et vasculaire, Hôpital Lyon Sud, Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1

Dr Ghassan Elourimi, Service de médecine interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Sorbonne Paris Nord

Pr Anne-Laure Fauchais, Service de médecine interne, Hôpital Dupuytren, Limoges, Université de Limoges

Pr Brigitte Granel, Service de médecine interne, Hôpital Nord, Marseille, Aix-Marseille Université

Pr Gilles Grateau, Service de médecine interne, Hôpital Tenon, Paris, Sorbonne Université

Pr Thomas Hanslik, Service de médecine interne, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt, Université Versailles Saint Quentin

Pr Pierre Hausfater, Service d'accueil des urgences, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Sorbonne Université

Dr Yvan Jamilloux, Service de médecine interne, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1

Pr Patrick Jégo, Service de médecine interne et immunologie clinique, Hôpital Sud, Rennes, Université de Rennes

Pr Mehdi Khellaf, Service d'accueil des urgences, Hôpital Henri Mondor, Créteil, Université Paris-Est Créteil

Dr Christian Lavigne, Service de médecine interne, CHU d'Angers, Angers

Dr Thomas Le Gallou, Service de médecine interne et immunologie clinique, Hôpital Sud, Rennes, Université de Rennes

Dr Bertrand Lioger, Service médecine interne et polyvalente, Hôpital Simone Veil, Blois

Pr Nadine Magy, Service de médecine interne, Hôpital Jean Minjoz, Besançon, Université de Franche-Comté

Pr Isabelle Marie, Service de médecine interne, Hôpital Charles-Nicolle, Rouen, Université de Rouen Normandie

Dr Sébastien Miranda, Service de médecine interne, Hôpital Charles-Nicolle, Rouen, Université de Rouen Normandie

Pr Luc Mouthon, Service de médecine interne, Hôpital Cochin, Paris, Université Paris Cité

Pr Pierre Pottier, Service de médecine interne, Hôpital Hôtel-Dieu, Nantes, Nantes Université

Pr Brigitte Ranque, Service de médecine interne, Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, Université Paris Cité

Dr Quentin Richier, Service de maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Saint-Antoine, Paris, Sorbonne Université

Pr Maxime Samson, Service de médecine interne et immunologie clinique, Hôpital François Mitterrand, Dijon, Université Bourgogne-Franche-Comté

Pr Damien Sene, Service de médecine interne, Hôpital Lariboisière, Paris, Université Paris Cité

Pr Pascal Sève, Service de médecine interne, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1

Pr Olivier Steichen, Service de médecine interne, Hôpital Tenon, Paris, Sorbonne Université

Dr Salim Trad, Service de médecine interne, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt, Université Versailles Saint Quentin

Dr Benoit Travert, Service de médecine interne, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt, Université Versailles Saint Quentin

Pr Jean-François Viillard, Service de médecine interne et maladies infectieuses, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac, Université de Bordeaux

Pr Benoît de Wazière, Service de médecine interne gériatrique, Hôpital universitaire Carémeau, Nîmes, Université de Montpellier

Pr Jean-Christophe Weber, Service de médecine interne, Hôpital civil, Strasbourg, Université de Strasbourg

Autres auteurs ayant participé à la rédaction de cet ouvrage

Dr Anne-Sophie Cabaret-Dufour, Service maternité - obstétrique, Hôpital Sud, Rennes

Dr Aurore Curie, Service de neurologie pédiatrique, Hôpital Femme Mère Enfant, Bron

Dr Adrien Flahault, Service de néphrologie, CHRU de Nancy, Vandoeuvre-lès-Nancy

Pr Audrey Giocanti-Aurégan, Service d'ophtalmologie, Hôpital Avicenne, Bobigny

Dr Adrien Gras, Service de psychiatrie adulte, Hôpital civil, Strasbourg

Dr Charles Guenancia, Service de cardiologie, CHU Dijon Bourgogne, Dijon

Pr Laurent Kodjikian, Service d'ophtalmologie, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon

Dr Brigitte de Korvin, Service d'imagerie médicale, Centre Eugène Marquis, Rennes

Dr Clément Lahaye, Service de gérontologie, Hôpital Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand

Dr Cédric Lamirel, Département d'ophtalmologie, Hôpital Fondation Rothschild, Paris

Dr Guillaume Lebourg, Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Hôpital Simone Veil, Blois

Dr Clément Lejealle, Service de réanimation médico-chirurgicale, Hôpital Avicenne, Bobigny

Pr Jean Levêque, Service de gynécologie, Hôpital Sud, Rennes

Pr Michel Pavic, CIUSSS de l'Estrie, CHU de Sherbrooke, Canada

Dr Carine Villanueva, Service d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique, Hôpital Femme Mère Enfant, Bron

Hommage et remerciements

Nous dédions cet ouvrage à tous les médecins, tous les professeurs qui ont pris le temps, durant notre formation, de partager leurs connaissances et leur expérience et de nous enseigner la sémiologie clinique, dans un esprit de compagnonnage. Ce livre est également dédié aux étudiants et internes en médecine, à qui nous passons le flambeau, afin de poursuivre la transmission et l'actualisation des connaissances de sémiologie clinique.

Nous adressons tous nos remerciements pour leurs conseils, ainsi que pour les photographies qu'ils nous ont fournies pour cet ouvrage, aux :

Dr Guillaume Abehsira, Institut Cœur Paris Centre, Paris

Pr Sonia Alamowitch, Service de Neurologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Dr Robin Baudouin, Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, Hôpital Foch, Suresnes

Dr Gaëlle Becel, Service de rhumatologie, Hôpital Kremlin Bicêtre, Paris

Dr Grégoire Benoist, Service de pédiatrie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt

Pr Paul Berveiller, Service de gynécologie et obstétrique, Hôpital de Poissy - Saint-Germain-en-Laye, Poissy

Pr Isabelle Bourgault, Unité fonctionnelle de dermatologie-immunologie clinique, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt

Dr Marine Branger, EFS Bourgogne/Franche-Comté, Dijon

Dr Nicolas Danziger, Département de neurophysiologie clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Dr Jean-Michel Didelot, Service d'hépatogastro-entérologie, Montpellier

Dr Julien Guy, Service d'hématologie biologique, Hôpital François Mitterrand, Dijon

Dr Bertrand Hanslik, Gastroentérologie et hépatologie, Montpellier

Dr Akil Kaderbay, Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, CHU Montpellier, Montpellier

Pr Jérémie Lefèvre, Service de chirurgie générale et digestive, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Pr Nicolas Lellouche, Service de cardiologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil

Pr Renato Micelli Lupinacci, Service de chirurgie générale, digestive et oncologique, Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne Billancourt

Dr David Moszkowicz, Service de chirurgie générale et digestive, Hôpital Louis-Mourier, Paris

Pr Pablo Ortega-Deballon, Service de chirurgie générale, digestive, endocrinienne, cancérologique et d'urgences, CHU Bocage Central, Dijon

Dr Camille Roubille, Département de médecine interne, Hôpital Lapeyronie, Montpellier

Dr Mathab Samimi, Service de dermatologie, Tours



LES SITUATIONS DE DÉPART

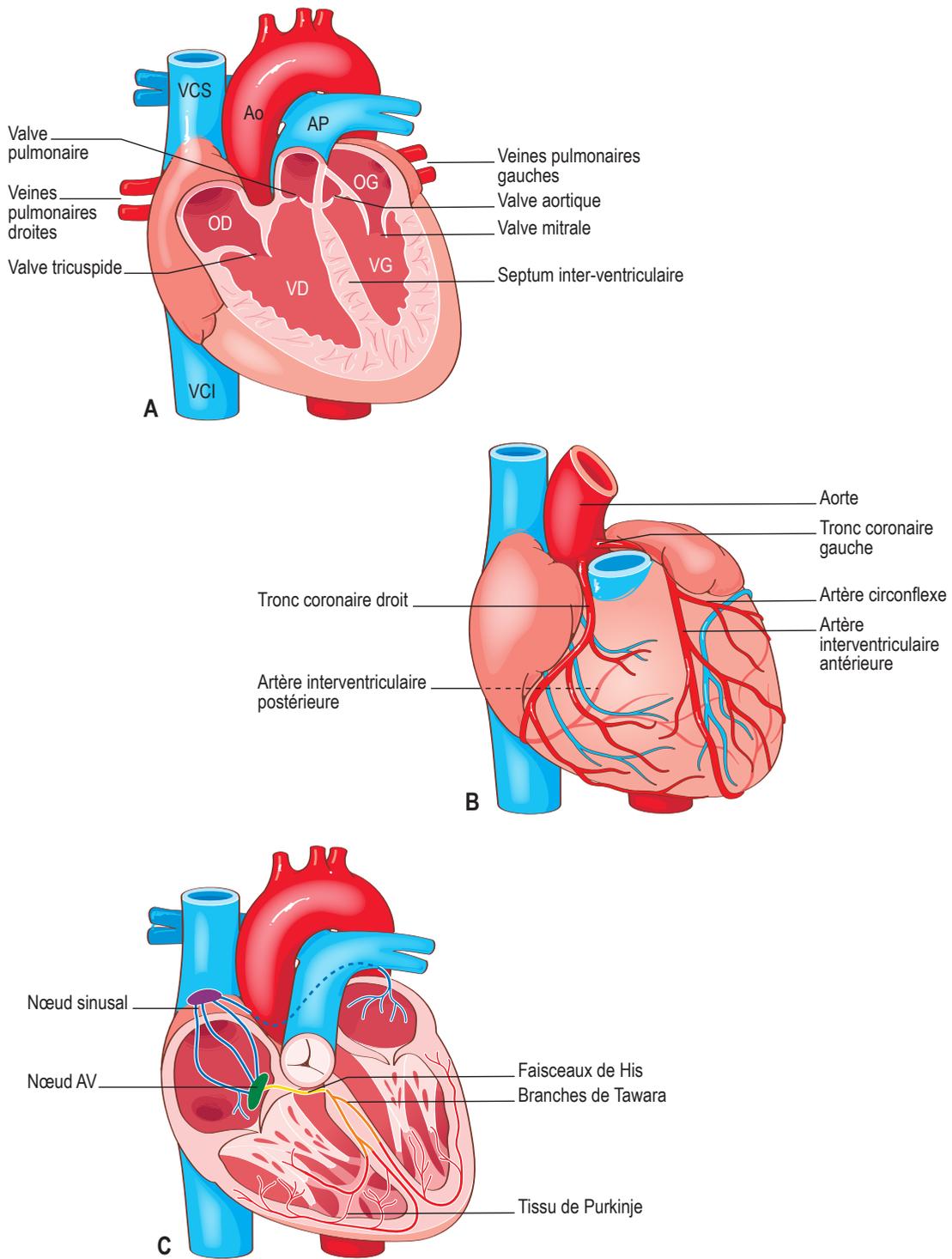
4	Douleur abdominale
6	Hépatomégalie
15	Anomalies de couleur des extrémités
18	Découverte d'anomalies à l'auscultation cardiaque
20	Découverte d'anomalies à l'auscultation pulmonaire
42	Hypertension artérielle
43	Découverte d'une hypotension artérielle
50	Malaise/perde de connaissance
54	Œdème localisé ou diffus
57	Prise de poids
81	Anomalie des ongles
159	Bradycardie
161	Douleur thoracique
162	Dyspnée
165	Palpitations
166	Tachycardie
185	Réalisation et interprétation d'un électrocardiogramme (ECG)

1. Rappels d'anatomie et de physiologie

- Le cœur, enveloppé du péricarde, est situé dans le médiastin antérieur. C'est un organe creux formé du cœur gauche et du cœur droit qui sont entièrement séparés, le premier fonctionnant à haute pression et le second à basse pression (**Figure 1**).

Figure 1. A : Anatomie cardiaque. B : Vascolarisation cardiaque. C : Tissu de conduction cardiaque.

Ao : aorte ; AP : artère pulmonaire ; OD : oreillette droite ;
 OG : oreillette gauche ; VCI : veine cave inférieure ; VCS : veine cave supérieure ;
 VD : ventricule droit ; VG : ventricule gauche.





2. Entretien

- C'est un temps essentiel. En dehors des aspects généraux, abordés dans la première partie de cet ouvrage, l'entretien cardiologique sera ciblé afin de préciser les éléments suivants.

2.1. Antécédents

2.1.1. Antécédents personnels

- Certaines affections peuvent avoir un impact sur l'état cardiovasculaire du patient et méritent d'être cherchées systématiquement :
 - **Antécédents cardiologiques et vasculaires :**
 - cardiopathie ischémique, valvulaire, rythmique...
 - artérite des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral ;
 - antécédents de chirurgie (ou d'angioplastie) cardiaque, valvulaire, coronaire ou vasculaire ;
 - port d'un pacemaker ou d'un défibrillateur implantable ;
 - tout antécédent d'hospitalisation en milieu cardiologique.
 - **Antécédents pulmonaires :**
 - peuvent entraîner une insuffisance ventriculaire droite et une hypertension pulmonaire ;
 - peuvent contre-indiquer l'usage de certains médicaments, comme les bêtabloquants en cas d'asthme.
 - **Antécédents infectieux :**
 - mauvais état bucco-dentaire (facteur de risque d'endocardite infectieuse) ;
 - angines ou infections ORL dans l'enfance (facteur de risque de rhumatisme articulaire aigu).
 - **Antécédents thrombo-emboliques :**
 - thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, car ces éléments sont associés à une augmentation du risque de thrombose veineuse.
 - **Affections digestives, rénales :**
 - un ulcère gastrique ou duodéal peut contre-indiquer un traitement anticoagulant ;
 - une affection rénale peut causer une hypertension artérielle secondaire.

2.1.2. Antécédents familiaux

- De nombreuses maladies cardiovasculaires ont une composante héréditaire. Par conséquent, un antécédent de maladie cardiovasculaire chez un apparenté au premier degré constitue un facteur de risque, et ce d'autant plus qu'il est précoce :
 - cardiopathie ischémique (infarctus du myocarde, angine de poitrine, mort subite) ;
 - cardiopathies rythmiques (mort subite, port de pacemaker ou de défibrillateur implantable) ;
 - cardiopathies valvulaires ;
 - dyslipidémie, diabète, hypertension artérielle.
- Il est alors important de faire préciser chez quel(s) membre(s) de la famille et à quel âge sont survenues ces pathologies (*voir Facteurs de risque cardiovasculaire*).

2.2. Traitements suivis

- Tous les traitements reçus par le patient doivent être notés, ainsi que :
 - leur posologie ;
 - l'ancienneté de leur prescription ;
 - leur observance.

- Il faut également prêter attention à :
 - toute modification récente de l'ordonnance (arrêt d'un traitement anticoagulant, diminution des doses de diurétiques) ;
 - l'automédication :
 - la tisane de queues de cerise contient des diurétiques ;
 - la levure de riz rouge contient de la monacoline K qui est une statine (lovastatine) ;
 - la consommation de réglisse peut être à l'origine d'une hypertension artérielle.

2.3. Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

• Facteurs non modifiables

- Âge :
 - homme > 50 ans ;
 - femme > 60 ans.
- Sexe masculin ;
- Hérité cardiovasculaire : infarctus du myocarde ou mort subite :
 - avant 55 ans chez le père [ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin] ;
 - avant 65 ans chez la mère [ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin].

• Facteurs modifiables

- Tabac (actuel ou stoppé depuis < 3 ans) :
 - Quantité fumée, en nombre de paquets/année :
 - (nombre de paquets par jour) x (durée de consommation en année)
- Hypertension artérielle, traitée ou non ;
- Diabète, traité ou non ;
- Dyslipidémie :
 - Augmentation du LDL cholestérol ;
 - Diminution du HDL cholestérol (< 0.4 g/L quel que soit le sexe).
- Surpoids (indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m²) ou obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) ;
- Sédentarité.

2.4. Signes fonctionnels

• Cinq types de symptômes feront évoquer une affection cardiaque :

- douleur thoracique  161 Douleur thoracique ;
- dyspnée  162 Dyspnée ;
- malaise et perte de connaissance  50 Malaise/perde de connaissance ;
- palpitations  165 Palpitations ;
- hépatalgies d'effort  4 Douleur abdominale .

2.4.1. Douleur thoracique 161 Douleur thoracique

- Quatre causes de douleur thoracique, potentiellement létales, doivent être évoquées en priorité. Elles sont résumées dans le Tableau I.
- Quelques précisions :
 - Infarctus du myocarde
Douleur thoracique ayant les mêmes caractéristiques que l'angor, avec certaines nuances :



- peut survenir au repos ou la nuit ;
 - douleur très intense ;
 - irradie plus largement aux deux bras, au maxillaire inférieur ;
 - persiste malgré la prise de Trinitrine® ;
 - dure au moins 15 minutes et peut durer plusieurs heures ;
 - peut s'accompagner de sueurs, nausées, vomissements.
- **Tamponnade**
- Il s'agit d'une complication de la péricardite, engageant le pronostic vital à court terme, et correspondant à une compression des cavités droites par l'épanchement péricardique, réalisant un tableau d'adiastolie :
- tachypnée ;
 - hypotension artérielle, tachycardie ;
 - assourdissement des bruits du cœur ;
 - signes d'insuffisance cardiaque droite (*voir infra*), avec apparition d'un pouls paradoxal.

D'autres types de douleurs thoraciques ne correspondent pas à des causes cardiaques

Elles sont par exemple d'origine pariétale, œsophagienne ou fonctionnelle. Comparativement aux douleurs d'origine cardiaque, elles s'observent plus volontiers chez le sujet jeune et plus souvent chez la femme. Leurs caractéristiques sont les suivantes :

- précordiales, sous le sein gauche ;
- à type de piqûre d'aiguille, ou simple gêne ;
- de durée variable chez un même sujet ;
- survenant le plus souvent au repos (souvent la nuit), parfois à l'effort mais ne gênant pas la poursuite de l'effort ;
- accentuées par les contrariétés ;
- réveillées par la pression du sternum et des cartilages costaux (atteinte du cartilage chondro-costal).

2.4.2. Dyspnée 162 Dyspnée

- 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 décubitus (orthopnée)**.
- **La dyspnée d'origine cardiaque peut avoir plusieurs présentations :**
 - **Dyspnée d'effort :**
 - apparait à la marche ou lors d'effort plus intenses (montée de marches) ;
 - classée de I à IV selon la classification de la *New York Heart Association* (NYHA) (**Tableau II**) ;
 - parfois suivie d'un grésillement thoracique, d'une toux quinteuse avec expectoration rosée (œdème pulmonaire d'effort).
 - **Dyspnée paroxystique nocturne ;**
 - **Œdème aigu du poumon (OAP) :**
 - tachypnée rapide et angoissante ;
 - sueurs ;
 - toux incessante avec grésillement laryngé, expectorations mousseuses et saumonées.

Tableau 1. CARACTÉRISTIQUES SÉMIOTIQUES DES 4 PRINCIPALES CAUSES DE DOULEUR THORACIQUE

	Douleur angineuse	Péricardite	Embolie pulmonaire	Dissection aortique
Mode de survenue, contexte	Effort d'intensité variable Douleur survenant parfois au repos (angor instable et infarctus du myocarde)	Pas de lien avec l'effort Contexte en rapport avec l'étiologie de la péricardite	Survenue brutale Contexte : • thrombophilie • immobilisation prolongée • cancer • thrombose veineuse profonde	Survenue brutale (« coup de tonnerre ») Antécédents : • HTA • maladies du tissu conjonctif • anévrisme de l'aorte ascendante • bicuspidie aortique • chirurgie de coarctation de l'aorte • grossesse • migratrice +++ • antérieure ou postérieure
Siège	<ul style="list-style-type: none"> • médio-thoracique • rétrosternale • en barre, entre les deux seins • bras gauche ou deux bras • cou • mâchoires • rarement : <ul style="list-style-type: none"> – région sous-mamelonnaire gauche – creux épigastrique • constrictive en étou 	<ul style="list-style-type: none"> • précordiale • rétrosternale • ou diffuse • bras • cou • épaules 	<ul style="list-style-type: none"> • variable +++ • typiquement latéro-thoracique 	<ul style="list-style-type: none"> • omoplates • cou • mâchoire
Type	<ul style="list-style-type: none"> • constrictive en étou 	<ul style="list-style-type: none"> • oppression • pesant • constrictive • intensité variable 	<ul style="list-style-type: none"> • transfixiante 	<ul style="list-style-type: none"> • très intense • parfois syncopale • pulsatile
Signes associés	<ul style="list-style-type: none"> • isolée 	<ul style="list-style-type: none"> • dyspnée • signes en rapport avec l'étiologie : <ul style="list-style-type: none"> – fébricule – virose – maladie auto-immune – signes en rapport avec une tamponnade (voir infra) • prolongée, permanente • résistante à la Trinitrine® • ↑ en inspiration forcée et à la toux • ↓ en position assise et penchée en avant 	<ul style="list-style-type: none"> • dyspnée • tachypnée • pâleur, fièvre • palpitations • toux • hémoptysie noire (24 h à 36 h plus tard) 	<ul style="list-style-type: none"> • poul(s) périphérique(s) abolí(s) • asymétrie tensionnelle • complication ischémique : AVC, paraplégie • souffle d'insuffisance aortique
Évolution	<ul style="list-style-type: none"> • cesse (< 3 min) au repos ou à la prise de Trinitrine® 	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ par la toux et les manœuvres respiratoires 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 % de décès dans les 48 h en l'absence de diagnostic 	
AVC : accident vasculaire cérébral ; HTA : hypertension artérielle.				



- **Pseudo-asthme cardiaque :**
 - bradypnée expiratoire avec sensation de blocage expiratoire ;
 - soif d'air ;
 - sifflements thoraciques ;
 - expectorations rares.
- **Dyspnée permanente :** insuffisance ventriculaire gauche grave
 - Oblige le patient à dormir demi-assis (faire préciser le nombre d'oreillers) voir assis.

2.4.3. Malaises et perte de connaissance 50 Malaise/perte de connaissance

- Ils résultent d'une baisse de débit sanguin cérébral, et peuvent prendre la forme d'une **lipothymie** (conséquence d'une hypoperfusion cérébrale incomplète) ou d'une **syncope** (hypoperfusion cérébrale complète et passagère).
 - **Lipothymie :**
 - pas de perte de connaissance complète ;
 - impression passagère d'évanouissement avec pâleur, sueurs, vue trouble, tintement d'oreilles...
 - le patient a des souvenirs de ce qu'il a entendu autour de lui pendant le malaise.
 - **Syncope :**
 - perte de connaissance brutale, sans prodromes (ou très brefs)* ;
 - durée brève (moins d'une minute) avec pâleur, hypotonie musculaire, chute, parfois une perte d'urine ;
 - pouls imperceptible et pression artérielle (PA) imprenable pendant la syncope ;
 - retour rapide à un état de conscience normal** ;
 - amnésie complète des faits survenus durant la perte de connaissance.

* La grande brutalité de la syncope, sans aucun prodrome, rend l'origine vaso-vagale du malaise très improbable.

** La notion de reprise de conscience rapide, sans « confusion post-critique », est le signe le plus discriminant pour distinguer une syncope d'origine circulatoire d'une crise comitiale.

- **La distinction entre syncope et lipothymie n'est que théorique puisque leur valeur sémiologique est la même. Elles font rechercher :**
 - En priorité une **cause cardiovasculaire :**
 - bradycardie extrême consécutive à un trouble de conduction (bloc auriculo-ventriculaire) ;
 - tachycardie ventriculaire ;
 - rétrécissement aortique serré ;
 - hypersensibilité du sinus carotidien.
 - En fonction du contexte, notamment chez la personne âgée, une **hypotension orthostatique** (chute de la pression artérielle systolique (PAS) ≥ 20 mmHg et/ou diastolique ≥ 10 mmHg dans les 3 premières minutes du passage à l'orthostatisme), en rapport avec :
 - un **syndrome dysautonomique** (absence d'accélération concomitante du pouls), compliquant par exemple un diabète, un syndrome parkinsonien ou une amylose ;
 - une **hypovolémie** (accélération concomitante du pouls), lors d'une déshydratation, d'une hémorragie aiguë ou d'une prise de diurétiques.
 - **Une cause neurovégétative (hypertonie parasymphatique ou syncope vaso-vagale)**, qui est fréquente. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination caractérisé par :
 - un contexte de survenue :

- atmosphère confinée, chaleur, émotions vives, douleur aiguë...
- antécédents d'épisodes identiques ;
- sujet jeune.
- la présence de prodromes quelques secondes à minutes avant le malaise :
 - tête vide, sueurs, nausées, palpitations, vue brouillée, éloignement des sons et acouphènes, jambes flageolantes.
- une asthénie intense (inconstante mais très évocatrice) durant une à plusieurs heures après le malaise.

2.4.4. Palpitations 165 Palpitations

- Il s'agit de la perception anormale, par le patient, des battements de son cœur.
- Il faut alors faire préciser :
 - le **mode de début** et de fin des palpitations : brusque ou non, spontané ou favorisé par une position/une émotion ;
 - le caractère **régulier ou non** du rythme cardiaque et la fréquence cardiaque pendant la crise ;
 - **leur retentissement** : dyspnée, douleur thoracique, syncope ;
 - **leur horaire** (diurne ou nocturne) et la **fréquence** des accès de palpitations.

La fréquence et la régularité du rythme cardiaque doivent être déterminées par l'auscultation :

- La **tachycardie**  166 **Tachycardie** désigne une élévation anormale de la fréquence cardiaque au-delà de 100/minute.
- La **bradycardie**  159 **Bradycardie** désigne une diminution anormale de la fréquence cardiaque en dessous de 50/minute.

- **Le patient peut décrire plusieurs types de palpitations :**
 - **sensations passagères** d'un ou deux battements cardiaques plus forts que les autres ou impression d'arrêt très bref du cœur. Il s'agit généralement d'extrasystoles bénignes.
 - **accélération subite du rythme cardiaque :**
 - **régulier**, à environ 180-220 battements/min, à début et fin brusques, évoquant une tachycardie jonctionnelle (maladie de Bouveret) :
 - sujet jeune ;
 - déclenchement au changement de position ou à l'émotion ;
 - fin de la crise spontanée ou après manœuvres vagales.



Attention

Pour les manœuvres vagales, préférer la manœuvre de Valsalva plutôt que la compression oculaire (douloureuse) ou le massage carotidien (risque de décrocher une plaque d'athérome et de provoquer un accident vasculaire cérébral, notamment chez la personne âgée).

- **irrégulier**, entre 150 et 200/mn, évoquant plutôt un passage en arythmie complète par fibrillation auriculaire.
- **accès de palpitation de début et fin progressifs** entre 110 et 130 battements/min, évoquant une tachycardie sinusale bénigne dite « inappropriée », survenant sur un cœur sain :
 - en général déclenchés par une émotion, un effort peu important, ou survenant la nuit ;
 - manifestations sans caractère de gravité, touchant généralement des sujets jeunes et émotifs, souvent appelées « éréthisme cardiaque ».



2.4.5. Classification de la NYHA

- À l'issue de l'entretien cardiologique, il est possible d'apprécier la tolérance d'une cardiopathie en utilisant la classification des signes fonctionnels proposés par la NYHA (Tableau II).

Tableau II. CLASSIFICATION DES SIGNES FONCTIONNELS SELON LA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)	
Classe I	Pas de limitation de l'activité physique. Activité habituelle sans symptômes.
Classe II	Gêne modérée, apparaissant pour des efforts importants : marche rapide, course, port d'une charge lourde. Absence de symptômes au repos.
Classe III	Limitation importante de l'activité quotidienne. Dyspnée et fatigue apparaissent lors des gestes de la vie quotidienne. Absence de symptômes au repos.
Classe IV	Incapacité d'effectuer toute activité physique même limitée. Le malade est invalidé et contraint au repos. Dyspnée et fatigue peuvent persister au repos.

3. Examen physique

3.1. Signes généraux

3.1.1. Poids, taille et calcul de l'IMC

- Tout examen doit débuter par la mesure de la **taille** et du **poids**, permettant de calculer l'**indice de masse corporelle (IMC)**, qui constitue l'un des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, détaillé ci-dessous :

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)}^2$$

- Il faudra également s'attacher à noter toute **variation rapide du poids**. Dans le contexte d'une insuffisance cardiaque, **une prise de poids** 57 **Prise de poids** survenant en quelques jours est un des signes de rétention hydrosodée témoignant de la décompensation de cette insuffisance cardiaque.

3.1.2. Mesure du périmètre abdominal

- La surcharge graisseuse essentiellement abdominale, de type androïde, constitue un facteur de risque vis-à-vis des complications de l'athérome.
- On mesure le tour de taille avec un mètre ruban de couturière, chez un patient en position debout, pieds légèrement écartés, le poids réparti sur les deux jambes. Le mètre est placé à mi-distance entre la dernière côte et le haut de la hanche (Figure 2).



Figure 2. Mesure du périmètre abdominal.

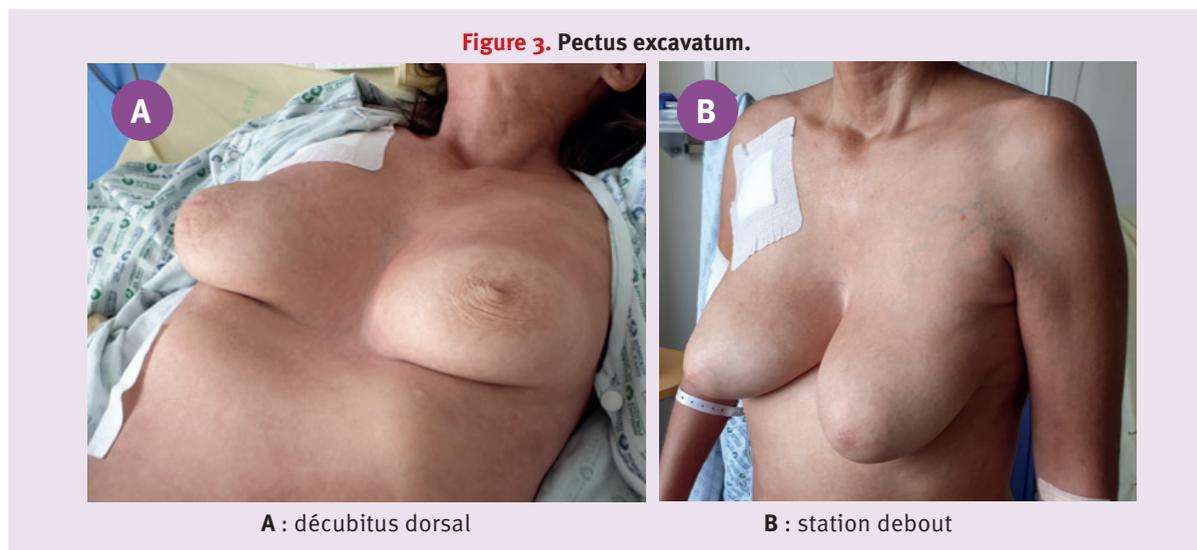
Le périmètre abdominal est considéré comme anormal **au-delà de 102 cm chez l'homme et de 88 cm chez la femme**.

3.2. Inspection

- Le patient est dévêtu, en sous-vêtements, dans une atmosphère chaude. L'inspection se fait idéalement patient assis puis allongé.

3.2.1. Examen du thorax

- Cicatrice de chirurgie thoracique.
- Qualité de la respiration :
 - fréquence respiratoire :
 - normale : 12 à 20/min ;
 - tachypnée si > 20/min ;
 - bradypnée si < 10/min.
 - balancement thoraco-abdominal ;
 - orthopnée.
- Forme du thorax :
 - thorax en tonneau (distension thoracique = bronchopneumopathie chronique obstructive, emphysème) ;
 - thorax en entonnoir (*pectus excavatum* = dépression au niveau de la partie inférieure du sternum) (Figure 3) ;
 - cyphoscoliose.



3.2.2. Cyanose 15 Anomalies de couleur des extrémités

- Coloration bleu-violacé de la peau et/ou des muqueuses (Figure 4) :
 - des extrémités (oreilles, ongles +++);
 - des muqueuses (lèvres et langue +++), absente dans les cyanoses liées à un bas débit cardiaque (cyanoses périphériques) ;
 - généralisée.
- La cyanose traduit :
 - une mauvaise oxygénation du sang au niveau des poumons ;
 - une stase (stagnation) du sang à la périphérie ;
 - ou une cardiopathie congénitale avec mélange des sangs artériel et veineux, à l'intérieur du cœur (cardiopathie cyanogène).



Figure 4. Cyanose distale des mains.

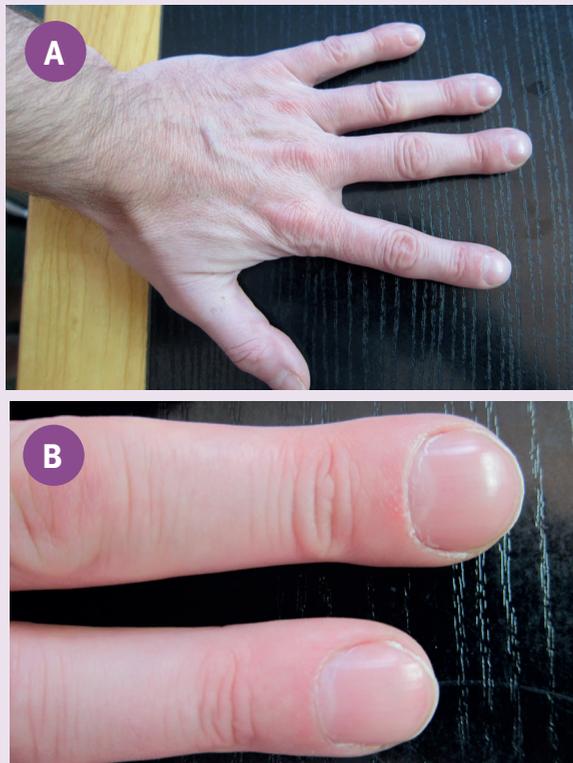


- La cyanose est tardive dans l'insuffisance cardiaque. Au contraire, elle est au premier plan dans certains types de cardiopathies, en particulier les cardiopathies congénitales et les insuffisances cardiaques droites résultant d'une broncho-pneumopathie chronique sévère.

3.2.3. Hippocratisme digital 81 Anomalie des ongles (Figure 5)

- Hypertrophie des dernières phalanges des doigts de la main en « baguettes de tambour » avec bombement des ongles en « verre de montre ». Ses causes sont multiples :
 - pulmonaires : cancer broncho-pulmonaire, fibrose pulmonaire, dilatation des bronches, mucoviscidose...
 - extra-pulmonaires : cirrhose, cardiopathies congénitales...
 - idiopathiques.

Figure 5. Hippocratisme digital chez un homme de 40 ans : main gauche (A) et détails du majeur et de l'annulaire de la main droite (B).



Sémiologie clinique

R2C

- L'ouvrage de Sémiologie clinique réalisé par le Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI), sous l'égide de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI).
- Toute la méthodologie de l'examen clinique.
- Un guide pratique destiné avant tout aux étudiants en 1^{er} et 2^e cycles des études de médecine, mais aussi aux médecins en exercice.
- Un ouvrage répondant aux exigences de la Réforme du 2^e cycle des études médicales (R2C), qui accorde une place centrale à l'enseignement de la sémiologie.
- Les situations de départ en lien avec les différents objectifs de connaissances de la R2C, à connaître pour la préparation des Épreuves Dématérialisées Nationales (EDN) et des épreuves d'Examens Cliniques Objectifs et Structurés (ECOS) nationaux.
- Une iconographie abondante, avec de très nombreux schémas et des photographies de patients, pour faciliter l'apprentissage.

41 € TTC

ISBN : 978-2-84678-328-6

**MED-LINE**
Editionswww.med-line.fr