

اللَّهُمَّ إِنِّي بِحَلْوَكَ عَنْ حَرَامِكَ، وَإِنِّي بِفَضْلِكَ



عمَّنْ سَوَاكَ

SEMILOGIE RESPIRATOIRE



QCM



IMPORTANT

Résumé basé sur **le cours et les explications du Pr en amphi**

Fait par : Saad BARAKA

G : barsaad2004@gmail.com



INTERROGATOIRE



Les données de l'état-civil

.Nom complet-Age - Situation familiale-Niveau d'étude (de scolarité)- Profession (actuelle et ancienne)
.Lieu de résidence et origine-Niveau socio-économique - Habitat (Bidonville, toiture en amiante, mal aéré et mal ensoleillé, promiscuité...)

Les antécédents

I-Personnels :

1-Toxiques

a-Tabagisme actif :

.Age de début-Type de tabac -Nombre de paquet-année (PA)

b-Tabagisme passif +++

.Autres : cannabis, alcool...

c-Respiratoires :

.Tuberculose (Vaccination par le BCG +++)-Asthme-Bronchorrhée chronique-Chirurgie antérieure-Documents radiologiques antérieurs...

d-Extra-respiratoires :

.Diabète, HTA, cardiopathie, hépatopathie, néphropathie, cancer

e-Exposition professionnelle ou environnementale ou à domicile

.Amiante, silice(SiO₂) - Allergènes

g-Comportement sexuel à risque :

.Partenaires multiples-Rapports non protégés

II- Familiaux :

. Respiratoires ou Extra-respiratoires

Signes cliniques Généraux

Peuvent :

-Révéler une pathologie respiratoire

-Orienter le diagnostic étiologique

a-La fièvre:

.Préciser le mode de révélation, l'intensité, l'évolution dans le temps

b-L'altération de l'état général :

.Asthénie, anorexie, amaigrissement à chiffrer

La toux

I-Définition :

- Succession rapide d'une inspiration brève et profonde à glotte ouverte suivie d'une expiration brutale explosive et bruyante
- Symptôme peu spécifique, qui peut révéler ou accompagner la quasi-totalité des maladies respiratoires.
- Acte réflexe, déclenché le plus souvent par une irritation des voies respiratoires qui provoque une expulsion brusque et violente du contenu
- Mécanisme de défense le plus rapide et le plus efficace de l'appareil respiratoire, plus souvent involontaire, mais peut être commandé pour assurer le drainage bronchique chez un sujet encombré.

II-Zones tussigènes ou réflexogènes de la toux :

- .Voies aériennes inférieures et supérieures -Séreuse pleurale - Médiastin - Région vésiculaire - Région appendiculaire- Zone utéro-annexine

(Pas seulement à l'arbre aérienne)

III-Analyse sémiologique :**1-Mode d'installation ET ancienneté :**

- .Toux aigue (la durée est < 3 semaines.) - Toux chronique (la durée est > 8 semaines) - Toux subaiguë (la durée est comprise entre 3 semaines et 8 semaines)

2- Caractère productif ou non :

- .Toux sèche sans expectoration -Toux grasse productive (avec expectoration)

3-Caractère paroxystique ou permanent :

- .Toux permanente : Infection sinuse, Cancer bronchique, Coqueluche, Fibrose pulmonaire évoluée...

- .Toux intermittente : Allergie, Reflux gastro-œsophagien RGO,HAB....

4-Fréquence et Horaire :

- .Matinale : Toilette bronchique en cas de DDB ou de bronchite chronique=éliminer les sécrétions accumulées durant le sommeil

- .Nocturne : RGO, Asthme, œdème aigu du poumon - Diurne : Toux psychogène qui cesse généralement totalement la nuit

- .Post-prandiale : Goût aigre dans la bouche, une dyspepsie et/ou un pyrosis

5- Facteurs déclenchant :

- .Repas : Fausse route, fistule broncho-œsophagien - Changement de position : Pleurésie, RGO : si position déclive -

- Décubitus : RGO, Insuffisance cardiaque gauche

- .Inhalation de substances irritantes (fumée...) ou allergisantes (acariens, pollens...) - Effort : Asthme, Insuffisance cardiaque gauche

- .Humidité, Froid, Rire, Parole, Odeurs fortes : Asthme...

6-Caractères particuliers :

- .Toux rauque et aboyant : Atteinte laryngée (Diphthérie)

- .Toux quinteuse ou coqueluchoise : Quintes séparées par une inspiration sifflante, coqueluche ou compression médiastinale

- .Toux spasmodique : Asthme, Hyperréactivité bronchique

- .Toux bitonale : Compression ou Paralysie du nerf récurrent (Phrénaïque)

- .Toux douloureuse : Atteinte pleurale ou pariétale

- .Toux émétisante (avec vomissements) : En particulier chez l'enfant

La toux

6-Caractères particuliers :

- .Toux rauque et aboyant : **Atteinte laryngée (Diphthérie)**
- .Toux quinteuse ou coqueluchoise : **Quintes séparées par une inspiration sifflante, coqueluche ou compression médiastinale**
- .Toux spasmodique : **Asthme, Hyperréactivité bronchique**
- .Toux bitonale : **Compression ou Paralysie du nerf récurrent (Phrénaire)**
- .Toux douloureuse : **Atteinte pleurale ou pariétale**
- .Toux émétisante (avec vomissements) : **En particulier chez l'enfant**

7-Complications :

- Mécaniques (hyperpression thoracique et sanguine) : Perte de connaissance - **Rupture d'anévrisme ou de bulles d'emphysème (PNO)**
- Fracture de côtes - Incontinence urinaire-Hernie ombilicale, inguinale...
- Digestives : vomissements (Toux émétisante)
- Nerveuses : Épuisement, Nervosité, Insomnie

III-Origines :

1-Toux aigue < 3 semaines (chez l'adulte)

- Causes infectieuses :Infections respiratoires hautes ou basses : rhinopharyngite, sinusite,bronchite aigue, pneumonie...
- Causes allergiques :Exacerbation d'Asthme
- Causes pleurales :Pneumothorax, pleurésie
- Causes cardiaques :Insuffisance cardiaque gauche,Embolie pulmonaire

2-Toux chronique > 8 semaines

a-Productive :

a1-Bronchite chronique :Toux grasse ramenant une expectoration muqueuse, qui survient préférentiellement le matin, au moins 3 mois par an depuis 2 années consécutives, en dehors de toute pathologie broncho-pulmonaire ou cardiaque définie,Le contexte (sujet de plus de 40 ans, Tabagique chronique) est évocateur

b1- DDB - Tuberculose pulmonaire - **Cancer bronchique** – Asthme

b- Sèche :

Cancer bronchique - Pathologie interstitielle – Asthme - Causes ORL : Rhinite ou Rhino-sinusite... - Causes digestives : RGO

L'expectoration

-Rejet hors de la cavité buccale par la toux de sécrétions des voies aériennes sous glottiques anormales par leur qualité et/ou leur quantité

À différencier de : **La bronchorrhée : rejet par la bouche de sécrétions quotidiennes dépassant 100ml**

-Le crachat ou la salive : rejet par la bouche de sécrétions provenant uniquement de la cavité buccale.

-Le mouchage ou jetage postérieur : rejet par la bouche de sécrétions provenant de la sphère ORL (rhinite, sinusite...)

-Ne sont pas forcément extériorisées notamment chez les enfants et les femmes qui ne savent pas cracher

L'expectoration

La vomique

I-Analyse sémiologique :

1- Mode d'installation ET ancienneté : .Caractère aigue : de quelques jours à quelques semaines

.Caractère chronique : ancienne, remontant à l'enfance ou l'adolescence

2-Contexte de survenue : infectieux, allergique, cardiopathie gauche sous-jacente

3-Signes accompagnateurs : fièvre +++, douleur thoracique, dyspnée... - Circonstances favorisantes : position du patient

4- Fréquence, Horaire et Périodicité : matinales DDB - Quantité : évaluée par le patient et par une courbe/24h+++

5-Couleur : claire, jaunâtre, verdâtre, striée de sang

6-Odeur : fétide (germes anaérobies)

7-Aspect et consistance :

Séreuse : transparente, filante

. Muqueuse : transparente, incolore, +/- petites masses gommeuses, grises et opaques, visqueuses, parfois perlées et gélatineuses

.Purulente : pus franc, homogène, épais - Muco-purulente

.Mousseuse : blanche, fluide aérée, parfois saumonée (rosée)

.Hémoptoïque : même valeur sémiologique qu'une hémoptysie

II-Origines :

1-Pulmonaires : abcès, pneumonie, cancer excavé, tuberculose excavée, QAP...

2-Bronchiques : DDB, bronchite aigüe/chronique...

3-Pleurales : pleurésie purulente avec fistule broncho-pleurale

I-Définition :

-L'évacuation brutale par la bouche au cours d'un effort de toux d'une collection purulente abondante, sans préjuger de son origine (elle s'accompagne souvent de nausées).

-Elle peut être : fétide ou non, mélangée au sang (chocolat)

II-Analyse sémiologique :

1-Vomique massive > 100 ml : peut s'accompagner de : Douleur vive-Dyspnée-Angoisse-Asphyxie

2-Vomique fractionnée : quelques dizaines de ml en une ou plusieurs fois

3-Vomique nummulaire : « en pièces de monnaie » à intervalles rapprochés

III-Origines :

-Sous-glottiques : abcès amygdalien ou rétro-pharyngien

-**Sous-glottiques : Bronchique ou pulmonaire (DDB, abcès), Pleurale (Fistule entre une pleurésie purulente et les bronches)**

Médiastinale (Médiastinite suppurée), sous-diaphragmatique (Abscès sous-phrénique, foie), Pvothorax

L'hémoptysie

I-Définition :
-C'est le **rejet par la bouche au cours d'un effort de toux de sang rouge,vif rutilant, aéré, provenant des voies aériennes sous glottiques**

-Moins évocateur :Rejet de crachats de plus en plus foncés pour devenir noirâtres(La queue de l'hémoptysie)
-Cette définition exclue :Hématémèse - Lésions buccales : gingivorragies-Lésions pharyngo-laryngées-Epistaxis déglutitive

II-Analyse sémiologique :

1-Circonstances d'apparition : (Revêt toujours un caractère péjoratif)

-Inopinée : signe révélateur d'une maladie, Au cours de l'évolution d'une maladie déjà connue (complication)

2-Quantité :

-Minime à faible abondance (filet de sang , < 50 ml) - Moyenne abondance(50 - 200 ml)- Grande abondance(soit en une seule fois > 200 ml, ou fractionnée >500 ml en 24 heures) - **Foudroyante : mortelle (problème médico-légal).**

-L'hémoptysie a la même signification quel que soit la quantité

-Urgence diagnostique et thérapeutique

3-Signes accompagnateurs : Fonctionnels ou généraux :

a-Hémoptysie grave : Signes de choc hémodynamique (pâleur, pouls accéléré, TA basse, sueurs, agitation, obnubilation...) - et/ou de signes de détresse respiratoire aiguë.

b-Hémoptysie de moyenne abondance(La plus fréquente) :Précédée par : malaise vague, angoisse, sensation d'oppression thoracique. Initialement décrite : picotement laryngé ou chaleur rétro-sternale ou saveur métallique dans la bouche. Puis : pâleur, pouls accéléré.(L'état hémodynamique reste stable)

III-Origines (Les étiologies sont dominés par la tuberculose et le cancer broncho-génique) :

-Broncho-pulmonaires : cancer bronchique, tuberculose pulmonaire, DDB, KHP rompu, pneumopathie aigue,CE

-Cardio-vasculaires : valvulopathie, OAP, embolie pulmonaire...Idiopathique(15% des cas)

-La sensibilité thoracique est variable+ Les voies nerveuses afférentes (Nerfs intercostaux et phrénique) + Les récepteurs au niveau de la plèvre pariétale et des fascia endothoraciques

I-Analyse sémiologique :

1-Mode de début : Brutal (en coup de poignard=pneumothorax) - Progressif (cancer bronchique)

2-Intensité, durée : Variables(Empêchant ou non le sommeil,Gênant ou non la respiration, Majorée ou non par l'inspiration, la position penchée)

3-Facteurs déclenchants ou favorisants :(Effort de toux, Changements de position,Respiration ample,Traumatisme thoracique, Palpation/Percussion

4-Signes associés : Toux, dyspnée, hémoptysie, Fièvre, troubles digestifs, cardiaques...

5-Évolution dans le temps : Permanente ou Intermittente, avec paroxysmes

6-Position antalgique

7-Type de la douleur : Aigüe (intense, soudaine, durée brève=Coup de poignard – Chronique(brûlure, picotement, crampes)-Névralgie phrénique(vive, le long des bords droit et gauche du sternum vers les coupoles diaphragmatiques antérieure et postérieure)

II-Origines :

1-Cardio-vasculaires : IDM-Dissection de l'aorte thoracique -Péricardite - Embolie pulmonaire : douleur le plus souvent de type pleural, d'intensité variable, parfois absente.

traumatisme-Osseuse(fracture, envahissement, métastase)-Neurologique(névralgie intercostale) – Rachidienne(cancer,

La douleur Thoracique

Dyspnée

2-Pariétales : Tissulaire sous cutanée (cellulite, mammite)-Musculaire(myosite, contracture)-Chondro-costale : tumeur, traumatisme-Osseuse(fracture, envahissement, métastase)-Neurologique(névralgie intercostale) – Rachidienne(cancer, maladie de Hodgkin, arthrose, cyphose, scoliose)

3-Pleurales - Médiastinales - Digestives

I-Définition :

- C'est une sensation subjective et pénible d'une ventilation anormale.
- Terminologie variée : essoufflement, souffle court, coupé, blocage, mal à respirer....
- Motif de consultation majeure. A l'état normal, la respiration est calme, régulière et inconsciente au rythme de 16 cycles/mn

II-Troubles dans le mécanisme de la respiration :

- a-Ventilation pulmonaire : - Lésions de la cage thoracique : cypho-scoliose, déformation ou traumatisme, atteinte pleurale, musculaire, Obstacle des voies aériennes, Destruction parenchymateuse
- b-Echanges gazeux(alvéolo-capillaires) : - Fibrose pulmonaire, OAP...
- c-Transport des gaz : Hémoglobinopathie...
- d-Echanges gazeux(capillaires-tissus) : Acidose métabolique, hypoxie, hypercapnie...
- e-Régulation centrale=Contrôle : Coma, tumeur cérébrale

III-Analyse sémiologique :

1-Mode d'apparition et évolution + Origines :

- a-Dyspnée aigue : (quelques minutes à quelques jours + Récente, brutale)
 - a1-Origines :

Laryngo-trachéale(spasme ou œdème de la glotte, infection virale, inhalation de corps étranger (CE), tumeur)

- Bronchique(asthme, tumeur, CE) - Pulmonaire (pneumopathie massive, miliaire)

- Pleurale (pleurésie, pneumothorax, pyopneumothorax) - Cardio-vasculaire (embolie pulmonaire, IC, OAP)

b-Dyspnée chronique : (remontant à des semaines ou des mois) :

Permanente, continue, (Persiste au repos=Infirmité)

Discontinue : Effort - Paroxystique nocturne=asthme, œdème pulmonaire

- Décubitus=OAP, fibrose pulmonaire, emphysème, bronchite chronique

b1-Origines : Bronchique (BPCO, asthme non contrôlé, DDB, tumeur) - Pulmonaire(tuberculose, sarcoïdose) -

Pleurale(pleurésie chronique, pachypleurite)

Cardio-vasculaire(embolie pulmonaire récidivante, cardiopathie gauche, CPC) – Médiastinale(compression médiastinale)

2-Intensité : plusieurs échelles

a-NYHA (New York Heart Association=la plus commune) = voir le résumé de la sémiologie cardiaque

b-mMRC (modified Medical Research Council)

- Stade 0 Dyspnée pour des efforts soutenus (montée de 2 étages)
- Stade I Dyspnée lors de la marche rapide ou en pente
- Stade II Dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge
- Stade III Dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat
- Stade IV Dyspnée au moindre effort

Dyspnée

3-Type respiratoire :

-Fréquence (Apnée=Arrêt respiratoire, Polypnée=Fréquence rapide, Bradypnée =Fréquence lente)

-Temps : a- **Inspiratoire =Obstacle haut(laryngo-trachéal ou SLR),**

b- **Espiratoire = Obstruction basse(asthme) SLR +++**

-Position (Orthopnée= Dyspnée de décubitus, Platypnée = Dyspnée lors du passage position couchée → position assise ou debout

4-Facteurs de modification : Climat, Saison, Environnement



EXAMEN CLINIQUE



Les étapes

A propos :

- Consiste à observer attentivement le malade, doit être faite dans les meilleures conditions : Thorax nu, Patient assis ou debout, En pleine lumière, Observer le malade en train de se déshabiller : dyspnée de déshabillage, Inspecter le thorax de façon globale

Aspect général du malade :

Pâle, Cyanosé, Dyspnéique, Maigre, Oedèmes...

Morphologie du thorax :

Thorax normal, Thorax distendu (ou en tonneau)
Pectus excavatum (ou thorax en entonnoir), Pectus carinatum (ou thorax en carène), Pectus arcuatum

(Voir le résumé de la sémiologie cardiaque)

Statique vertébrale :

Scoliose- Cyphose - Lordose

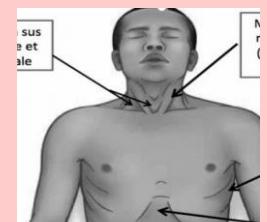
Caractères de la respiration

L'amplitude respiratoire - La fréquence respiratoire - La durée de l'inspiration et l'expiration -
L'ampliation thoracique - Le type respiratoire : costal supérieur, abdominal - Le bruit de la respiration : stridor, wheezing

-Signes de lutte respiratoire (SLR) :

a-Tirage :

- 1-Creusement des parties molles du cou et du thorax
- 2-Dépression sus-sternal, sus-claviculaire, intercostal,sous xiphoidienne ...
- 3-Épuisement des muscles respiratoires et mise en jeu des muscles accessoires



b-Battement des ailes du nez

c-Balancement thoraco-abdominal ou respiration paradoxale

d-Mobilisation des muscles respiratoires accessoires (scalènes, sterno cleido mastoïdienne)



Circulation collatérale



Oedème en pelerine



Turgescence des veines jugulaires



-Cicatrices, tatouages
-Lésions ou masses de la paroi

Inspection :

Hippocratisme digital

Ostéoarthropathie hypertrophiant pneumique de Pierre-Marie (OAHP) :

-Bombement des ongles dans le sens transversal et longitudinal, associé parfois à une hypertrophie des parties molles des doigts (en baguettes de tambour) +/- des orteils

-Affection chronique des bronches (DDB)- Tabagique



1-Signes cliniques :

-Hippocratisme digital accentué - Hypertrophie des extrémités des membres, surtout supérieurs
-Troubles vasomoteurs des extrémités : sueurs, cyanose... - Arthralgies des chevilles, poignets, genoux...

2-Signe radiologique :

-Périostose engainante des os longs : radius, tibia, péroné, phalanges... « en écorce d'arbre »
Syndrome paranéoplasique(Tumeur maligne)



Cyanose des extrémités



Cyanose des lèvres



Rougeur des pommettes



Herpès nasal,labial



Eczéma chez des patients atopiques



Erythème noueux



Déformations articulaires (PR)



Ptosis



Myosis



Énophtalmie

Syndrome de Claude Bernard

Palpation

(Étude de la transmission des vibrations vocales)

	Technique :	<ul style="list-style-type: none"> -Sujet assis, Mains préalablement réchauffées (Pour éviter la contracture musculaire, Posées à plat, doigts réunis et parallèles aux espaces intercostaux) -Palpation bilatérale, symétrique, comparative des 2 côtés -On fait prononcer au patient à voix haute : « 44 » en arabe, « 33 » en français
	À l'état normal :	<ul style="list-style-type: none"> -Le thorax transmet les vibrations pharyngo-laryngées de la voix que la main perçoit normalement -Les VV sont plus fortes à droite, plus intenses en avant, mieux perçues chez l'homme, mal perçues chez les obèses
	En pathologie :	<ul style="list-style-type: none"> - VV peuvent être augmentées : Syndrome de condensation « pneumonie » - VV peuvent être diminuées ou abolies : pleurésie, pneumothorax, obstruction d'un gros tronc bronchique (atélectasie), raréfaction du parenchyme (bulle d'emphysème)
	Signes accessoires :	<ul style="list-style-type: none"> -Relief et tonicité des groupes musculaires -Palpation-pression des structures osseuses et cartilagineuses pour repérer le point de départ des douleurs d'origine pariétale - Permet de découvrir : Empâtement pariétal, Emphysème sous-cutané, Masse (consistance, douleur, chaleur...), Ganglions -Permet de préciser le rythme respiratoire et l'ampliation thoracique Palpation systématique des organes de voisinage : foie, rate

Percussion :

(Permet de rechercher les modifications du son normalement perçu en percutant le thorax)

	Techniques :	<ul style="list-style-type: none"> 1-Percussion médiate (se pratique avec le majeur d'une main qui frappe celui de l'autre main appliquée en regard de la zone du corps à examiner) 2-Percussion immédiate (consiste à frapper directement avec l'extrémité des doigts recourbés une zone du corps)
	À l'état normal :	<p>Le poumon donne le même son sonore et creux, plus faible à la partie supérieure du thorax, chez l'obèse</p> <ul style="list-style-type: none"> -La percussion permet de délimiter les organes voisins des poumons et des poumons eux-mêmes -Organes mats : Foie, cœur -Organes sonores : poche à air gastrique, angle colique gauche
	En pathologie :	<ul style="list-style-type: none"> -Permet l'étude des modifications pathologiques du son vésiculaire : 1-Matité franche : pleurésie, pachypleurite, syndrome de condensation « pneumonie » 2-Submatité : matité moins accentuée 3-Hypersonorité ou tympanisme (exagération de la sonorité normale) : pneumothorax, emphysème pulmonaire 4-Skodisme : tympanisme très aigu (grosse bulle d'emphysème) 5-Peut réveiller une douleur (lyse osseuse) 6-Peut délimiter l'aire du foie (hépatomégalie), du cœur

Auscultation :

(Temps le plus important de l'examen physique)

Technique :	<p>2 méthodes :</p> <ul style="list-style-type: none">-De façon méthodique et symétrique de tout le thorax-Respiration calme et profonde par la bouche
Auscultation normale :	<p>1-Le bruit glottique BG ou souffle laryngo-trachéal :</p> <ul style="list-style-type: none">-Double souffle inspiratoire et expiratoire,-Dû au passage de l'air à travers la fente glottique,-Perçu à proximité des grosses voies aériennes <p>2-Le murmure vésiculaire MV :</p> <ul style="list-style-type: none">-Bruit parenchymateux, Vibration de l'air passant des bronchioles dans l'alvéole et vice versa,- Perçu sur toute l'étendue du thorax et aux 2 temps respiratoires surtout à l'inspiration, début de l'expiration
Auscultation pathologique : (Modification des bruits respiratoires normaux) :	<p>1-Modifications anormales du MV :</p> <ul style="list-style-type: none">- ↗ MV : aucun intérêt sémiologique- ↘ ou abolition MV :<ul style="list-style-type: none">a-Généralisée aux 2 poumons : Obstacle au niveau des voies aériennes supérieures VAS : sténose ou compression extrinsèque laryngée ou trachéale, Raréfaction du parenchyme pulmonaire : emphysème très évoluéb- Localisée à 1 hémithorax : Epanchement pleural : Pleurésie, pneumothorax, hydropneumothorax, Trouble de ventilation par un obstacle au niveau de la bronche principale : tumeur, CE... <p>2-Modifications anormales du BG :</p> <ul style="list-style-type: none">a- Souffle tubaire : Intensité forte, Tonalité élevée, Timbre rude, creux, Prédomine à l'inspiration, Comparable au bruit que l'on fait en « soufflant dans un tube creux » ou en disant « chut » à voix basse- Condensation parenchymateuse : pneumonie, infarctus pulmonaire...b-Souffle pleurétique : Doux, lointain, voilé, d'intensité faible, Tonalité aigue, élevée, Timbre aigu, Expiratoire, Mais inconstant<ul style="list-style-type: none">-Pleurésie de moyenne abondance, à la limite supérieure de la matité, surtout en arrièrec- Souffle amphorique : Intensité faible, Tonalité élevée, Timbre métallique, Surtout expiratoire, Comparable au bruit que l'on fait en « soufflant dans une poche ou un récipient vide »<ul style="list-style-type: none">- Pneumothorax, énorme cavité parenchymateused-Souffle caverneux : Intensité forte, Tonalité basse, Timbre creux, Surtout inspiratoire<ul style="list-style-type: none">-Cavité aérienne au sein du parenchyme pulmonaire : énorme caverne tuberculeuse, abcès pulmonaire volumineux

Auscultation :

(Temps le plus important de l'examen physique)

	<p>Râles discontinus : Parenchymateux</p> <p>1-Râles crépitants : • Fins, Secs, Eclatant en bouffées en fin d'inspiration, Zones déclives du poumon, -Comparés au « froissement d'une mèche de cheveux » -Résultent de l'ouverture soudaine, au cours de l'inspiration, des voies aériennes fermées lors de l'expiration précédente et/ou de la réouverture de territoires pulmonaires distaux atélectasiés -Transsudat ou exsudat alvéolaire (pneumonie, OAP...)</p> <p>2-Râles sous-crépitants : râles muqueux ou bulleux -Comparés au « bulles éclatant à la surface d'un liquide », -Timbre humide, Eclatant en bouffées en fin d'inspiration, Irréguliers, Variables d'un cycle respiratoire à l'autre, Souvent dès le début de l'inspiration - Brassage de liquides (mucosités, sérosités ou pus) dans les alvéoles : pneumonies, bronchopneumonies, bronchite chronique, tuberculose, cancer pulmonaire...</p>
<p>Auscultation pathologique : (Bruit surajoutées)</p>	<p>Râles continus :</p> <p>1-Râles ronflants : Râles bronchiques = Ronchus, Tonalité grave -Comparées au « ronflement d'un homme qui dort » -Encombrement des gros troncs bronchiques : DDB, bronchite chronique...</p> <p>2-Râles sibilants : Plus aigus « petit sifflement prolongé » ou « cri des petits oiseaux » -Obstruction des voies aériennes périphériques : Asthme +++, bronchite aigue, bronchite chronique obstructive</p> <p>3-Wheezing : Sifflement très localisé, Parfois perçu par le malade lui-même -Sténose d'un gros tronc bronchique</p>
	<p>Frottements pleuraux :</p> <p>Timbre sec rugueux, superficiel, Intensité variable : -Discrets : -Comparées au « froissement de papier de soie » - Intenses et rudes : « bruit râpeux du cuir neuf » - Variables d'un malade à l'autre, d'un jour à l'autre - Rythmés par la respiration, disparaissent en apnée - Non modifiés par la toux - Mieux perçus à la base ou au sommet d'une pleurésie - Frottement des feuillets pleuraux enflammés et épais : pleurésies sèches, pleurésies à liquide clair au stade de début ou après résorption de l'épanchement</p>

Auscultation :

Temps le plus important de l'examen physique)

Auscultation pathologique

Auscultation de la toux :

1-Temps capital :

-Mieux entendre ou révéler des râles bronchiques ou parenchymateux en mobilisant les sécrétions

-Renseigne sur l'état du parenchyme sous jacent :

- Toux lointaine : parenchyme normal

- Toux intense, déchirante : condensation parenchymateuse

- Toux sèche et éteinte : pleurésie

- Toux amphorique : pneumothorax

EXAMEN GÉNÉRAL

Doit compléter systématiquement l'examen du thorax

-Doit être attentif et complet → Signes extra-thoraciques

-Orientant vers une étiologie

-Lésions associées

a-Comprend :

- Examen cardio-vasculaire

- Examen abdominal

- Examen ORL

- Examen des aires ganglionnaires

- Examen gynécologique

- Examen uro-génital...



LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EN PNEUMOLOGIE :



Examens radiologiques simples :

La radiographie thoracique standard :

-Examen capital ET de 1ère intention en pneumologie, Car elle permet d'orienter les investigations à visée étiologique.

1-Avantages :

- Examen simple, rapide à réaliser et peu coûteux, indolore sans préparation préalable, facilement accessible, et résultat directement disponible, Comparable

2-Inconvénients :

- Risque d'irradiation pour le patient (si répétés), et pour le manipulateur (si pas de radio-protection), Contre-indiquée si femme enceinte (1er trimestre)

- C'est une représentation bidimensionnelle d'une structure tridimensionnelle

- C'est la somme des images dans les différents plans

- Cette image est constituée par la superposition de trois compartiments anatomiques :

- 1- Paroi et plèvre 2- Poumons 3-Médiastin

- a-Cliché thoracique de face : situe avec exactitude une anomalie dans un axe vertical

- b-Cliché thoracique de profil : situe avec exactitude une anomalie dans un axe antéropostérieur

3- Technique : Source de rayon X située 1,8m derrière le patient - Patient de face (ou de profil) stricte sur le portique portant la cassette de film - Omoplates et bras dégagés - Cliché pris en inspiration profonde - Cliché pris en apnée - Cliché réalisé en haute tension et correctement exposé

4-Méthodes de lecture : Sur un négatoscope :

- 1- Orientation du cliché

- 2- Critères de bonne qualité du cliché thoracique : Normo-pénétré - Bien centré - Apex bien dégagés - Omoplates bien dégagés Culs de sac costodiaphragmatiques visibles - Inspiration profonde

4-Etude des différents éléments du thorax



La Radiophotographie:

C'est la photographie sur film de format réduit, 7/7cm ou 10/10cm, du thorax nu d'un sujet placé derrière un écran radioscopique très lumineux

1-Avantages :

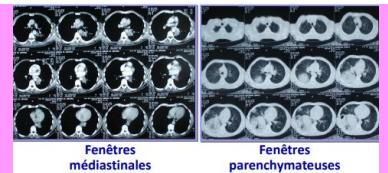
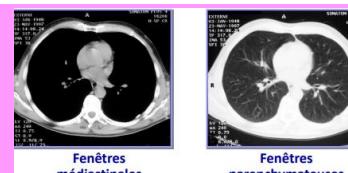
- Peu coûteuse, facile à archiver (moins encombrante), Moindre irradiation, Idéale pour le dépistage à grande échelle (examens systématiques des collectivités)

2-Inconvénients :

- Ne visualise pas bien les détails et les petites lésions (ex: miliaire pulmonaire) • Risque d'irradiation, si répétées

La tomodensitométrie thoracique (TDM, Scanner)

Meilleure analyse : paroi, médiastin, poumons



L'échographie thoracique :	-Analyse mieux les anomalies des bases pulmonaires, de la paroi, du médiastin supérieur et de l'orifice cervico-médiastinal. -Précise la nature solide (tissulaire) ou liquidienne d'une anomalie.
L'imagerie par résonnance magnétique (IRM)	-Meilleure analyse : vaisseaux du médiastin, paroi, cœur -Moins performante/TDM : parenchyme pulmonaire
PET-SCAN ou TEP	-Tomographie par Émission de Positrons -Technique nouvelle d'exploration isotopique -Traceur isotope peu radioactif : 18 Fluoro-Désoxy-Glucose (ou 18- FDG) - 18-FDG : capté préférentiellement par les cellules à haute activité métabolique, cancéreuses +++ ou inflammatoires ou infectieuses

Examens utilisant un produit de contraste opaque

La bronchographie	<p>1-But principal : -Opacifier l'arbre trachéo-bronchique préalablement injecté d'une substance opaque aux rayons X (Hytrast), -Renseigner sur la Morphologie et la Dynamique</p> <p>2-Technique : - Préparation du malade - Injection du produit de contraste d'un seul côté à la fois - Clichés réalisés : face, profil et 3/4 - Bonne interprétation</p> <p>3-Indications : DDB +++ (bilan préopératoire)</p>	
L'angiographie pulmonaire conventionnelle ou numérisée	<p>1-But et principe : -Opacifier les vaisseaux intra thoraciques (artère pulmonaire et ses branches) en injectant un produit radio opaque dans une veine du pli du coude cœur (O.D....)</p> <p>3-Indications : - Affirmer la nature vasculaire ou non de certaines anomalies. - Renseigner sur la morphologie et le fonctionnement vasculaire en cas d'embolie pulmonaire</p>	
La phlébographie cave	<p>1-Superieur : -Principe : Opacifier et explorer la Veine Cave Sup. (VCS) après injection de produit de contraste dans une veine du pli du coude des 2 bras -Intérêt : Thrombose, compression de la VCS</p> <p>2-Inferieure : -Déetecter les thromboses des veines profondes des membres inférieurs - Remplacée par l'écho-doppler veineux</p>	
L'artériographie bronchique sélective	<p>-Principe : Opacifier les artères bronchiques naissant de l'aorte thoracique</p> <p>Indication : Hémoptysie, à visée diagnostique et thérapeutique.</p>	

L'opacification du tube digestif :	<ul style="list-style-type: none"> - Opacification de l'œsophage : Fistule trachéo-oesophagienne - Opacification de l'estomac : Hernie diaphragmatique, éventration gauche - Opacification des intestins : Hernie diaphragmatique, éventration gauche
- Le pneumopéritoine - diagnostic :	<ul style="list-style-type: none"> -Principe : - Insuffler l'air dans la cavité péritonéale <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un cliché centré sur les coupoles diaphragmatiques - But : Préciser le siège thoracique ou abdominal d'une anomalie de la base thoracique surtout droite

Exploration endoscopique de l'appareil respiratoire

A-Exploration de l'arbre trachéo-bronchique :

1-Bronchoscopie rigide :

-Pour les prélèvements bronchiques et une vision directe de larynx...

2-Bronchoscopie souple ou fibroscopie bronchique :

-Pour les Prélèvements bronchique : (LBA,biopsie...)

-Utile dans les bilans de DDB

4- Incidents et accidents :

Hémoptysie après biopsie

-Pneumothorax

-Spasme de la glotte

-Syncope avec arrêt cardio-respiratoire, crises comitiales...

5- Contre-indications :

-Tumeurs vasculaires

-Insuffisance respiratoire sévère

-Lésions laryngées étendues et obstructives

3-Indications de l'endoscopie bronchique :

1-Diagnostiques :

- Trouble de ventilation : obstruction bronchique intrinsèque (tumeur, corps étranger) ou compression bronchique extrinsèque (tumeur, ganglions)

- Toute suspicion d'une tumeur bronchique

- Hémoptysie qui ne fait pas sa preuve

- Suppuration pulmonaire (abcès...)

- Bronchite chronique, DDB, Tuberculose pulmonaire, Sarcoïdose, PID...

2-Thérapeutiques :

- Extraction d'un corps étranger

- Aspiration des sécrétions bronchiques

B- Exploration de la cavité pleurale :

A-Pleuroscopie ou Thoracoscopie

1-But : exploration visuelle de la cavité pleurale

2-Intérêt diagnostique : • Pneumothorax spontané récidivant : à la recherche de bulles ou blebs

• Pleurésie d'étiologie indéterminée : biopsies dirigées

3- Intérêt thérapeutique : • Symphyse pleurale en pulvérisant un produit irritant (talcage)

B- Médiastinoscopie

1-But : exploration visuelle du médiastin

2-Indications : • Adénopathie ou Tumeur du médiastin antérosupérieur

C-Scintigraphie pulmonaire

-Méthode d'exploration isotopique

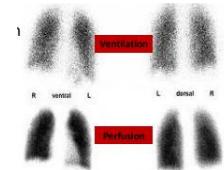
1-Scintigraphie pulmonaire de ventilation :

• Explore la ventilation par l'inhalation d'un produit radioactif

2-Scintigraphie pulmonaire de perfusion :

• Explore la perfusion ou la circulation pulmonaire par l'injection d'un produit radioactif par voie I.V.

• Indication = Embolie pulmonaire



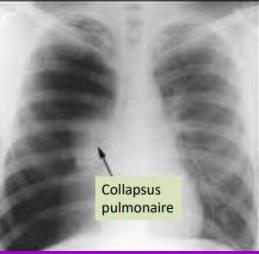
Modes de prélèvements :

Les examens des sécrétions broncho-alvéolaires :	La ponction pleurale ou la thoracocentèse :	Les tests cutanés :	Les biopsies en pneumologie :
<p>1-Les expectorations :</p> <p>-Le mode d'examen le plus élémentaire en pneumologie</p> <p>-Le matin à jeun de préférence</p> <p>2- Le tubage gastrique</p> <p>3-Le prélèvement endobronchique</p> <p>4- La ponction trans-trachéale percutanée</p> <p>5- Le lavage broncho-alvéolaire</p>	<p>-Les pleurésies à liquide clair sont transudatives sauf après ponctions pleurales répétées</p> <p>-Les pleurésies jaunes citrins exsudatives, inflammatoires, dominées par la tuberculose et le cancer</p> <p>-Les pleurésies purulentes peuvent être bactériennes ou tuberculeuses</p> <p>-Les pleurésies hémorragiques peuvent être d'origine maligne, tuberculeuse ou cardiaque</p> <p>-Les pleurésies chyleuses sont dues à une compression du canal thoracique, quelle qu'en soit la cause bénigne ou maligne</p>	<p>-La réaction cutanée se manifeste par l'apparition d'une triade, dite de LEWIS : • Papule - Érythème - Prurit</p> <p>-Ces réactions immunologiques sont soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immédiates : lecture après 10-20 mn - Semi-tardives : lecture après 6-8 h - Tardives : lecture après 48-72 h 	<p>-La biopsie bronchique : au cours de la bronchoscopie</p> <p>-La biopsie pleurale :</p> <p>-La biopsie pulmonaire</p> <p>-La biopsie ganglionnaire</p>



SYNDROMES THORACIQUES :



Syndromes	A propos :
<p>Syndrome d'épanchement liquidiennne : (Présence de liquide dans la cavité pleurale)</p> 	<p>-On distingue selon le taux d'albumine dans le liquide pleural :</p> <p>1-Les pleurésies exsudatives : Albumine > 30g/l = Origine inflammatoire</p> <p>2-Les pleurésies transsudatives : Albumine < 30g/l = Origine mécanique</p> <p>a-Signes fonctionnels : Début brutal ou progressif - Douleur thoracique à type de point de côté - Toux sèche quinteuse déclenchée par les changements de position - Dyspnée</p> <p>b-Signes généraux : Varient en fonction de l'étiologie - Fièvre +++</p> <p>-Examen physique du thorax: ✖</p> <ul style="list-style-type: none"> . à la palpation : diminution ou abolition de la transmission des VV . à la percussion : Matité . à l'auscultation : diminution ou abolition de la transmission du MV Souffle pleurétique --- . Frottement pleural --- <p>-Radiographie thoracique de face : Opacité basale, déclive - Dense et homogène - Limite supérieure : concave en haut et dedans avec une ligne bordante (courbe de Damoiseau) - Limite inférieure : efface la coupole diaphragmatique, comble les culs de sac - Limite externe : pariétale - Limite interne : efface le bord du cœur correspondant</p> <p>c-La ponction pleurale : Confirme la pleurésie et permet l'étude macroscopique du liquide pleural</p>
<p>Syndrome d'épanchement aérique pneumothorax (Présence d'air dans la cavité pleurale)</p> 	<p>-Peut être spontané, traumatique, iatrogène ou primitif : absence de lésions radiologique et clinique décelables</p> <p>-Peut être secondaire à une atteinte pulmonaire pré – existante</p> <p>-Origine de l'air présent dans la cavité pleurale: 2 possibilités:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Communication alvéole - espace pleural: brèche de la plèvre viscérale (ex: rupture de bulles d'emphysème) . Communication extérieur - espace pleural: brèche de la plèvre pariétale (ex: plaie transthoracique) <p>a-Signes fonctionnels :</p> <p>-Début brutal - Douleur thoracique: en coup de poignard - Dyspnée - Toux : sèche, quinteuse</p> <p>b-Signes physiques : Pâleur, sueurs, polypnée + cyanose - Hémithorax distendu peu mobile, douloureux ✖</p> <ul style="list-style-type: none"> . à la palpation : Abolition des VV . à la percussion : Hypersonorité . à l'auscultation : Abolition du MV Pâleur, sueurs, polypnée + cyanose . Hémithorax distendu peu mobile, douloureux + Souffle métallique <p>c-Signes radiologiques : .Hyperclarté homogène avasculaire limitée en dedans par un fin liseré (plèvre viscérale) Poumon collabé sous forme d'une opacité hilaire (moignon pulmonaire)</p> <p>-La ponction exsufflation permet de soulager le malade</p>

Syndrome D'épanchement mixte :	<p>-Présence dans la cavité pleurale à la fois de l'air et du liquide</p> <p>a-Signes fonctionnels: ceux du pneumothorax</p> <p>b-Signes physiques: Syndrome d'épanchement liquidien à la base - Surmonté d'un Syndrome d'épanchement aérique - Succussion hippocratique: à éviter, peut être dangereuse</p> <p>c-Ponction pleurale: Apprécie l'aspect du liquide Pleural</p> <ul style="list-style-type: none"> .Jaune citrin (Hydro-pneumothorax) .Séro-hématoire (Hémo-pneumothorax) .Purulent (Pyo-pneumothorax) .Chyliforme / Lactescent (Chylo-pneumothorax)
Syndrome de condensation pulmonaire :	<p>-Lobe ou segment n'assure plus la ventilation, souvent siège d'xsudat alvéolaire</p> <p>a-Signes fonctionnels et généraux : variables</p> <p>b-Signes physiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> .à la palpation : Exagération des VV .à la percussion : Matité franche .Souffle tubaire + Râles crépitants ou sous crépitants <p>c-Formes radio-cliniques:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Condensation non rétractée : Pneumonie aigue bactérienne ou virale -Infarctus pulmonaire débutant .Pneumonie tuberculeuse débutante 2- Condensation rétractée : Sténose bronchique intrinsèque (obstacle) - Sténose bronchique extrinsèque (compression) - Destruction parenchymateuse
Syndrome emphysémateux	<p>Définition anatomo-pathologique : Distension alvéolaire avec, le plus souvent, rupture des parois alvéolaires</p> <p>-2 types d'emphysème: .Emphysème centrolobulaire / centroacinaire ECL .Emphysème panlobulaire / panacinaire EPL</p> <p>a-Signes fonctionnels: Toux, expectorations - Dyspnée d'effort d'aggravation progressive</p> <p>b-Signes physiques: Thorax globuleux - Polypnée - Hypersonorité diffuse - Atténuation des VV et du MV</p> <p>c-Autres: signes d'ICD</p>
Syndrome cavitaire :	<p>Perte de substance au niveau du poumon</p> <p>-Causes : caverne tuberculeuse, abcès à pyogène, Cancer excavé, kyste hydatique rompu</p> <p>a-Signes fonctionnels et généraux : Fièvre, toux, expectoration, vomique</p> <p>b-Signes physiques : Matité + franche Exagération des VV - Râles sous crépitants - Souffle tubaire</p>
Bronchite aigue	<p>-Se caractérise par un catarrhe des voies aériennes supérieures, fièvre, malaise général</p> <p>-Peut être virale +++ ou bactérienne : Toux sèche au début, devient productive</p> <p>-Examen clinique peut être normal, parfois des râles sibilants ou ronflants</p> <p>-La radio thoracique n'est pas systématique, sinon normale</p> <p>-L'évolution est favorable</p>

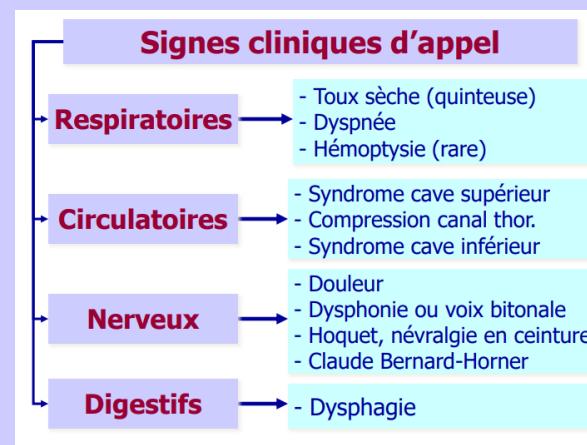
Bronchite chronique :

- a-Définition : toux et expectorations survenant au moins 3 mois par an depuis au moins 2 années consécutives sans autres causes identifiées
- b-Examen : thorax distendu, hippocratisme digital + cyanose
- c-Radio thorax : peut-être normale ou montrer des signes d'emphysème

Bronchectasies : DDB

- a-Définition : Augmentation permanente et irréversible du calibre des bronches (du 3 ème au 8 ème ordre)
- Symptôme majeur : La bronchorrhée (Toilette bronchique matinale)
- Examen clinique : hippocratisme digital, râles ronflants

Syndromes médiastinaux :



Parler, c'est penser tout bas, penser, c'est parler tout haut