

Sémiologie respiratoire

Unité Respiration, Avril-Mai 2009
Prof. Thierry Rochat

Anamnèse ciblée



TEDD

Anamnèse ciblée

Toux

Expectorations

Douleur thoracique

Dyspnée

Anamnèse ciblée

Toux

- historique
- sèche / productive
- horaire /facteur déclenchant

Anamnèse ciblée

Expectorations

- historique
- couleur, quantité, consistance, odeur
- sang ?

Anamnèse ciblée

Douleur

- historique, durée
- localisation, respiro-dépendante, position, palpation
- intensité, irradiation

Anamnèse ciblée

Dyspnée

- historique
- repos versus effort
- quantifier l'effort (escalier: un, deux étages ?)
- stades NYHA (1, 2, 3, 4)
- positionnel ? (*orthopnée, platypnée* ?)

.... et puis :

- Signes généraux associés ?
- Problème respiratoire aigu sur fond de chronique ?
- AP, FRCV, habitudes (tabac, alcool, médicament,...)
- Famille, profession
- Exposition (mal. infect., professionnel, allergènes)

Examen physique ou « status »

- **INSPECTION**
- **PALPATION**
- **PERCUSSION**
- **AUSCULTATION**

INSPECTION

Comment procéder ? couché / assis

Patient couché (de préférence)

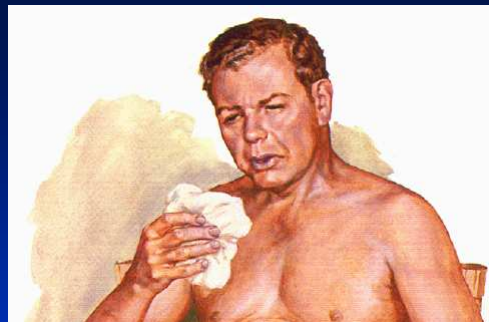
Aspect général ?

Gêne / bruit à la respiration ?

Fréquence respiratoire ?

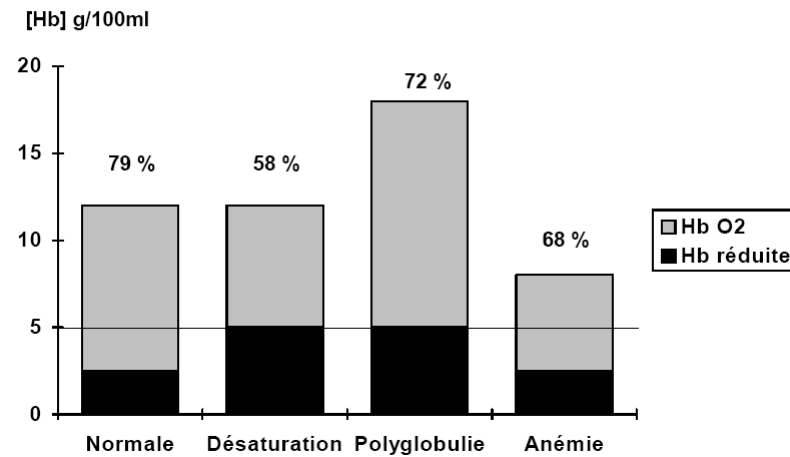
Cyanose ?

Cyanose



- apparaît quand la conc. en Hb réduite (non liée à O₂) dans le sang capillaire dépasse 50 g/L
- **étiologies:** insuffisance respiratoire (SaO₂ ↓) / stase circulatoire / cardiopathies avec shunt droit-gauche

Cyanose, saturation et taux de l'Hb



Pr E. Chailleux, Nantes

Patient couché (suite)

Lèvres pincées ?

Muscles accessoires ?

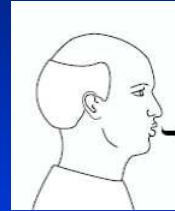
Tirage ?

Signe de Hoover ?

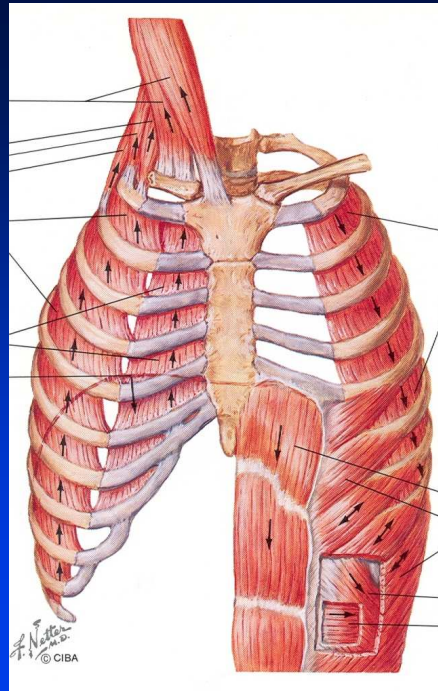
Respiration paradoxale thoraco-abdominale ?



respiration à lèvres pincées



Muscles respiratoires
accessoires





Tirage sus-sternal

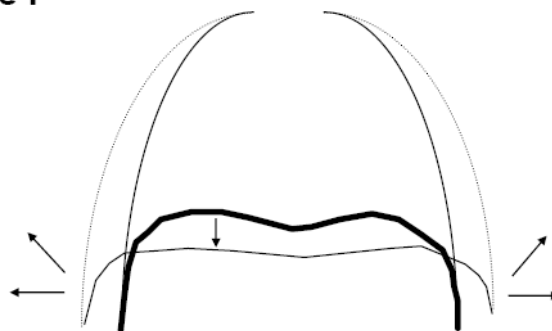
Tirage inter-costal



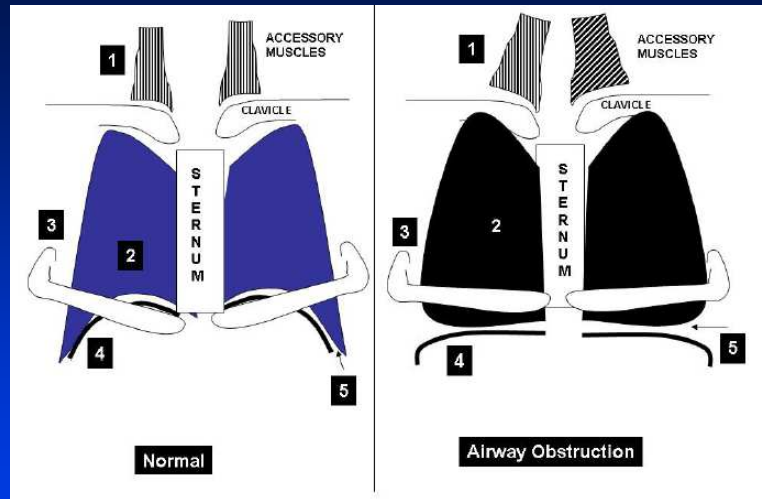
- <http://www.icampus.ucl.ac.be/courses/PEDIATRIE>
- Johnston CT et al, Clin Mol Allergy 2008

Contraction du diaphragme :

- abaissement des coupoles :
 - ↗ hauteur du thorax
- augmentation de pression abdominale :
 - élévations des côtes inférieures
 - élargissement de la partie inférieure du thorax



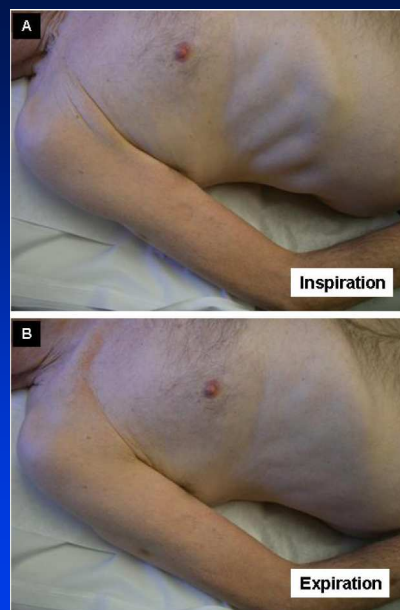
Signe de Hoover



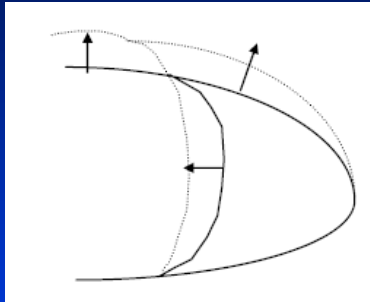
1. muscles accessoires 2. distension des poumons 3. horizontalisation des côtes
4. aplatissement du diaphragme 5. diminution de la zone d'apposition

Signe de Hoover (suite)

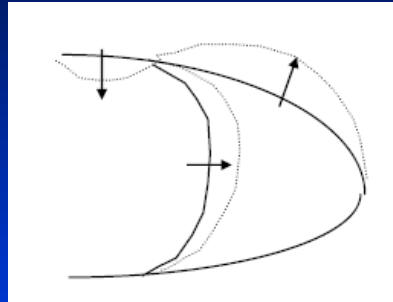
A l'inspiration, la partie inférieure de la cage thoracique se restreint au lieu de s'expandre



Respiration paradoxale thoraco-abdominale



diaphragme fonctionnel



diaphragme paralysé

Pr E. Chailleux, Nantes

Patient couché ou assis (suite)
Hippocratisme digital ?

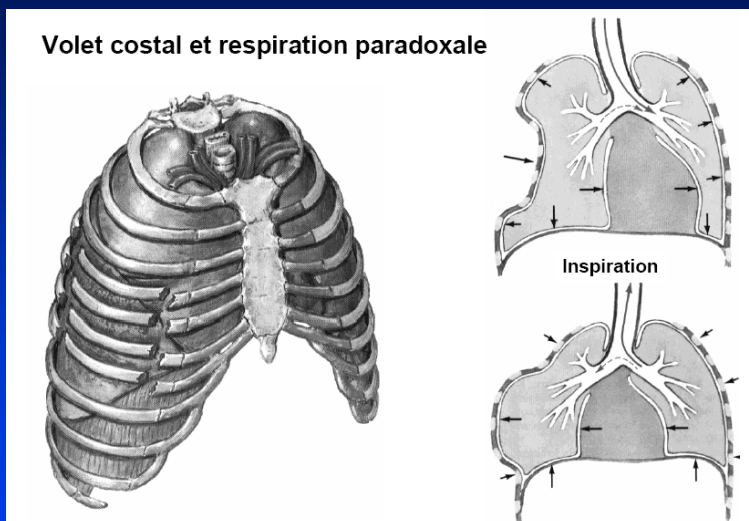


<http://www.respir.com/doc/public/seméiologie>

situations particulières

Patient couché, traumatisme thoracique

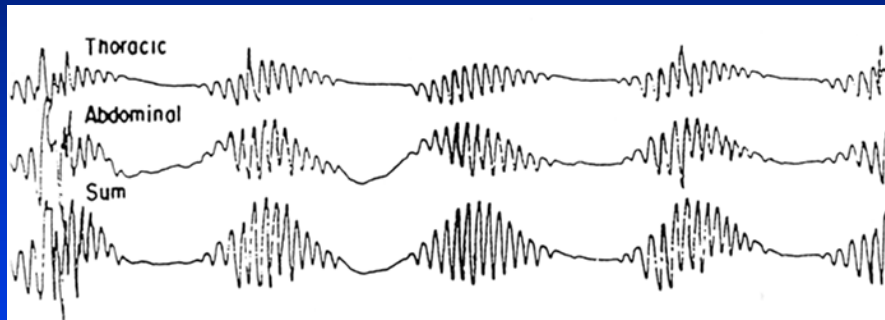
Volet costal et respiration paradoxale



Pr E. Chailleux, Nantes

Patient couché, en général endormi:

Respiration périodique de Cheyne-Stokes



Quaranta et al, Chest 1997

Patient assis: forme du thorax:

cyphoscoliose ?

thorax en tonneau ?

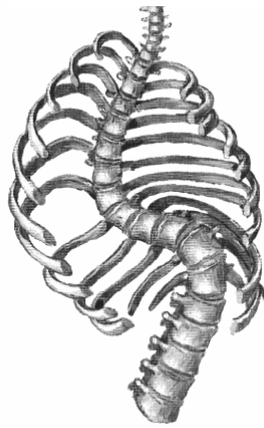
pectus excavatum / pectus carinatum ?

cicatrices

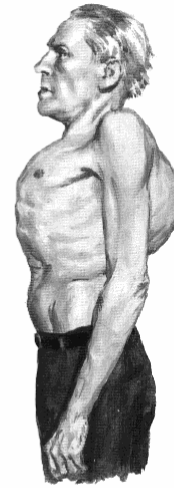
Cyphoscoliose



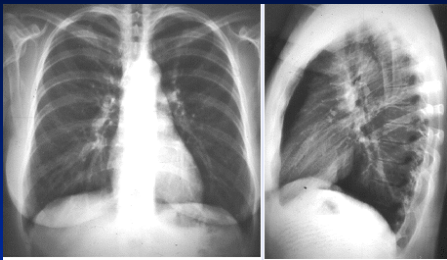
Scoliose évoluée



Déformation de la cage thoracique dans la scoliose



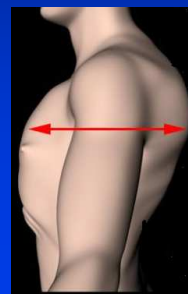
Cyphose évoluée



Thorax normal



Thorax en tonneau



Pectus excavatum



<http://fr.wikipedia.org>

Pectus carinatum



<http://www.pectusdeformity.com>

Examen physique ou « status »

- INSPECTION
- **PALPATION**
- PERCUSSION
- AUSCULTATION

PALPATION

Douleur thoracique ? \Rightarrow palpation !

Ampliation thoracique

Vibrations vocales

L'ampliation thoracique



Les vibrations vocales



<http://www.respir.com/doc/public/semiologie>

Examen physique ou « status »

- INSPECTION
- PALPATION
- PERCUSSION
- AUSCULTATION

PERCUSSION

- Sonorité pulmonaire normale : percussion sur un poumon normal (plage pulmonaire postérieure et inférieure)
- Matité : percussion, par exemple, para-lombaire, sur une loge rénale
- Tympanisme : percussion, par exemple, sur un estomac rempli d'air



Topographie des lobes pulmonaires



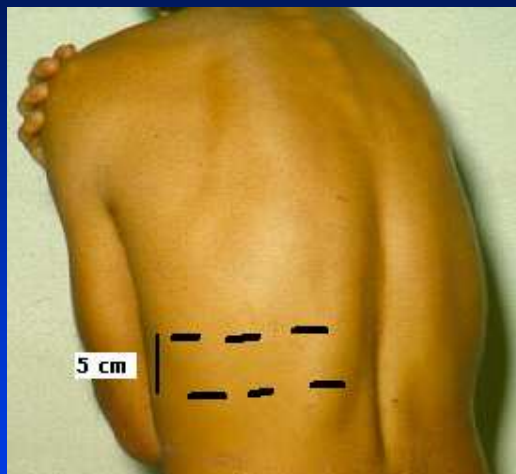
<http://www.respir.com/doc/public/seméiologie>

Percuter avec méthode c'est :

1. Délimiter les deux bases postérieures, puis
2. Comparer le son du poumon gauche avec celui du poumon droit, postérieurement (trois niveaux de hauteur), ainsi que latéralement (un niveau), symétriquement.

Situation particulière (ne fait pas partie de l'examen de routine) :

Apprécier la mobilité du diaphragme en percutant :
limite inférieure du poumon à l'inspiration maximale
limite inférieure du poumon à l'expiration maximale



Examen physique ou « status »

- INSPECTION
- PALPATION
- PERCUSSION
- AUSCULTATION

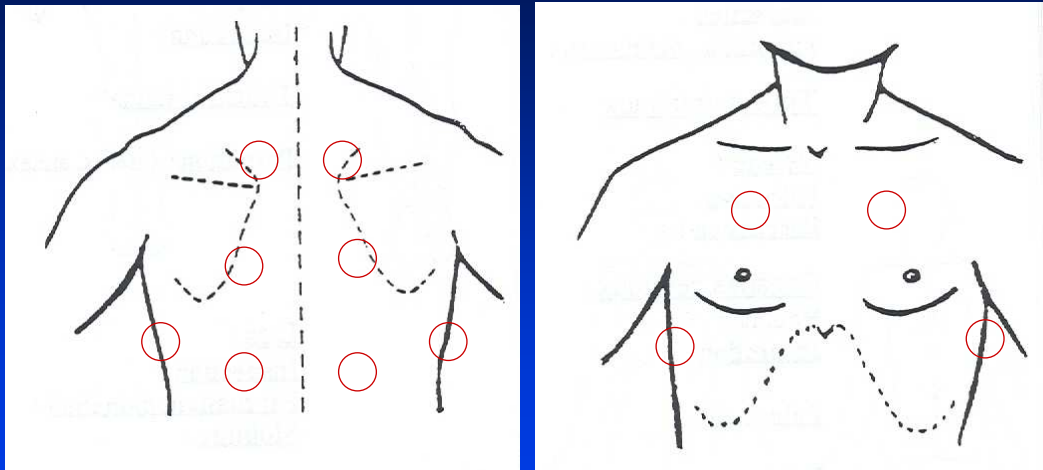


René Théophile Hyacinthe Laennec
(1781 - 1826)





Sites habituels d'auscultation



Auscultation: bruit de la respiration

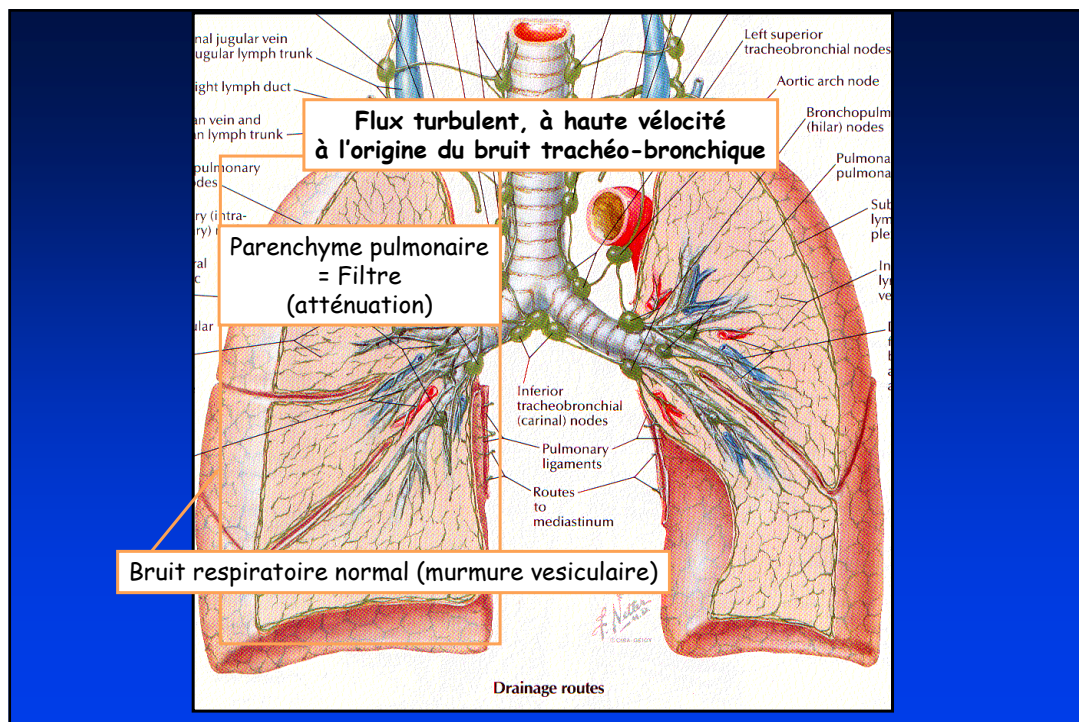
Aux bases:

bruit normal de la respiration = « murmure vésiculaire »

Sur la trachée:

bruit laryngo-trachéal normal (ou bruit glottique)

- ⇒ murmure vésiculaire présent ?
- ⇒ ventilation symétrique ?
- ⇒ expirium normal ou prolongé ?
- ⇒ murmure vésiculaire → souffle tubaire ?



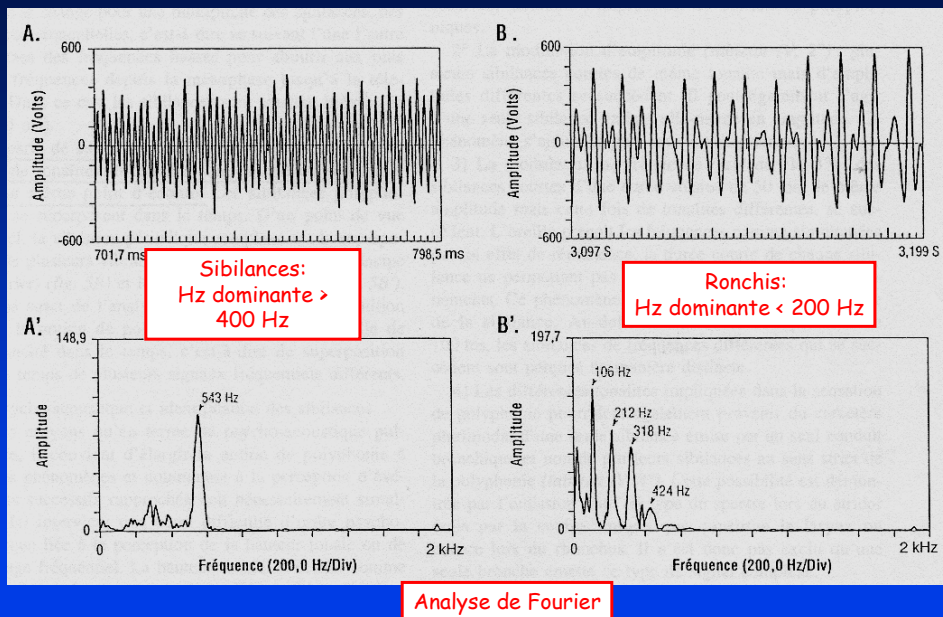
- Les «vésicules» (alvéoles) ne murmurent rien du tout...
- Le «MV» (bruit respiratoire) est un bruit tracheo-bronchique filtré par le parenchyme;
- Le timbre du bruit respiratoire est modifié par la densité du parenchyme

Bruits adventices = bruits anormaux, surajoutés

- **Sibilances** (wheezing)
- **Ronchis** (rhonchi)
- **Râles fins** (fine crackles)
- **Râles grossiers** (coarse crackles)

Bruits adventices continus : sons de tonalité musicale
(vibrations polyphoniques complexes)
d'une durée supérieure à 30 ms

- Sibilances: tonalité aigue avec une fréquence dominante de 400 Hz ou plus
- Ronchis: tonalité grave avec une fréquence dominante d'environ 200 Hz ou moins



Bruits adventices discontinus :
vibrations impulsionnelles,
d'une durée inférieure à 30 ms

- Râles (ou «craquements»)
- Fins ou grossiers selon la fréquence

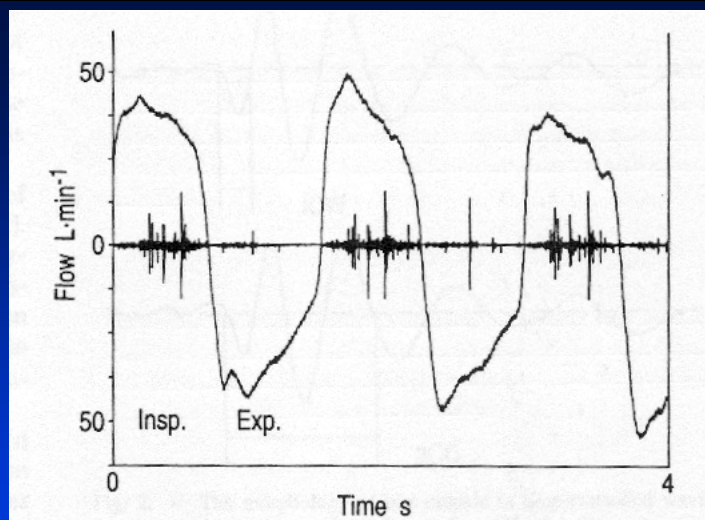
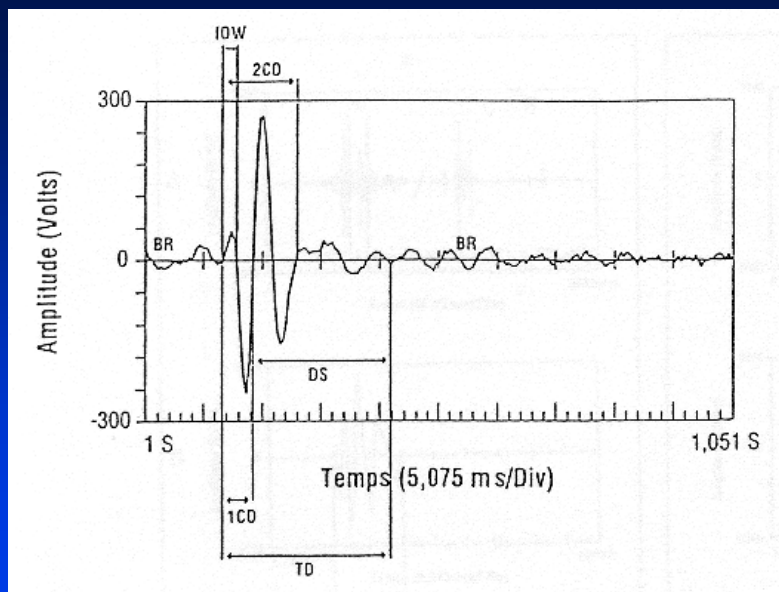
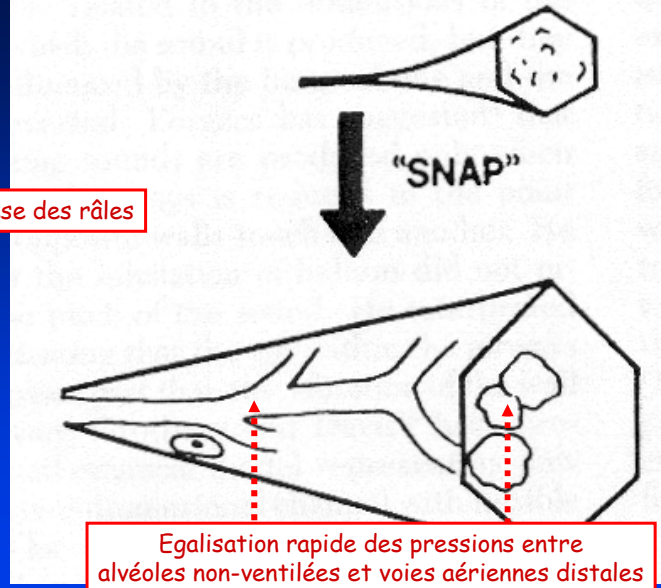


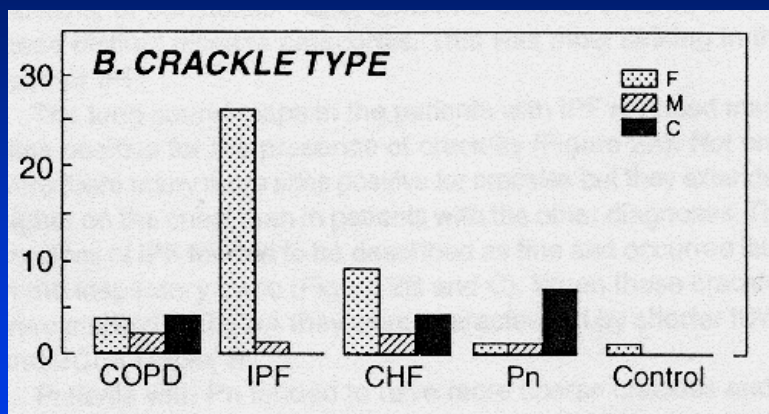
Fig. 1. - A phonopneumogram (simultaneous presentation of lung sound and airflow signals) of the breath sounds of a patient with fibrosing alveolitis, showing late inspiratory (Insp) crackling as sharp peaks in the sound signal. Some expiratory (Exp) crackles are also shown. (Reproduced by permission of *Bull Eur Physiopathol Respir*, DALMASSO *et al.* [11]).

Ouverture brutale de zones périphériques non ventilées

Genèse des râles



Type de râles: « grossiers » (basse Hz),
« moyens » (moyenne Hz) ou « fins » (Hte Hz)



démonstration

Quelques situations cliniques...

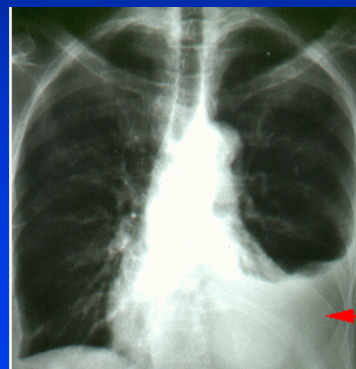
Pneumonie

Vibrations vocales:	augmentées
Percussion:	sub-matité
Murmure vésiculaire:	changé en souffle tubaire
Bruits adventices:	râles fins et/ou grossiers



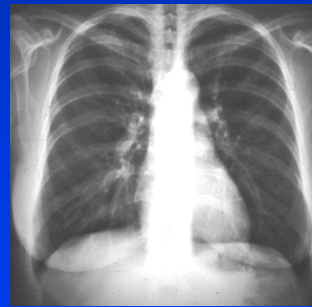
Epanchement pleural

Vibrations vocales:	diminuées ou abolies
Percussion:	matité (ou sub-matité)
Murmure vésiculaire:	aboli
Bruits adventices:	-



Crise d'asthme

Vibrations vocales:	normales
Percussion:	normale
Murmure vésiculaire:	expirium prolongé
Bruits adventices:	sibilances, ronchis



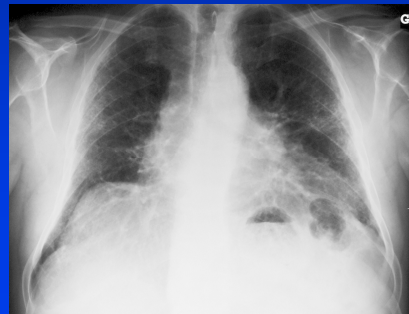
Pneumothorax

Vibrations vocales:	abolies
Percussion:	tympanique
Murmure vésiculaire:	aboli
Bruits adventices:	-



Fibrose pulmonaire

Vibrations vocales:	normales
Percussion:	normale
Murmure vésiculaire:	normal
Bruits adventices:	râles fins



*Merci de
votre attention !*