

UE4 Sémiologie

Pr FARGE

Le 25/10/2016 de 10h30 à 12h30

Ronéotyper : Helory CEAGLIO

Ronéoficheur : Josselin CARETTE

Cours n°1 :

Introduction à la sémiologie

La professeuse recommande fortement d'utiliser les outils suivants :

- *Le livre électronique www.esemio.org de sémiologie médicale créer par la prof en personne également téléchargeable sous forme d'application pour smartphone (l'appli ne marche pas sur ordi, tablette..). Selon elle, cette appli est indispensable pour maîtriser la sémiologie, notamment pour l'examen. Il permet d'apprendre l'anatomie, les différents symptômes/syndrome dans les spécialités différentes et il y a régulièrement des mises à jour.*
- *Le référentiel de base est le campus numérique de l'UMVF <http://www.umvf.prd.fr/ressources/campus.php> à télécharger et à imprimer.*

La prof est contre les ronéos qui contiennent beaucoup d'erreurs selon elle et recommande d'utiliser le livret de sémiologie distribué par la fac qui est rédigé par ses soins où il y a tous ce qu'il faut savoir pour les examens, et qui fait office de ronéos selon elle et où il n'y a aucune fautes.

L'examen se présentera sous forme de cas cliniques à résoudre. Et elle recommande aussi de s'entraîner le plus rapidement possible avec un stéthoscope et un marteau afin d'éduquer notre oreille.

Sommaire :

I) Introduction

- 1) Définition
- 2) Objectifs

II) Recueil des symptômes

- 1) L'interrogatoire
- 2) L'inspection
- 3) La Palpation
- 4) L'Auscultation
- 5) La Percussion

III) L'Interrogatoire en Cardiologie

- 1) Les Objectifs
- 2) Les caractéristiques de la Douleur
- 3) Les facteurs de risque cardiovasculaire
- 4) La recherche de signes fonctionnels
- 5) L'Inspection du malade
- 6) La Palpation
- 7) La mesure de la pression artérielle

I) Introduction

1) Définition

La sémiologie est un langage commun qui permet de recueillir l'information à partir d'un malade. Le but est de retranscrire ces informations dans une langue commune.

Il faut savoir **examiner les malades dans un respect mutuel**. La sémiologie c'est aussi la relation médecin malade, savoir qu'il y a une manière de se présenter, par exemple on sert la main du malade. Cette science permet l'analyse et le recueil des plaintes et des symptômes d'un patient afin de les traduire en syndrome ce qui nous mènera à un diagnostic.

L'important en sémiologie est de comprendre, de raisonner, de hiérarchiser ces informations et de faire des liens entre les différents symptômes. Par ailleurs, cette discipline est impliquée dans toutes les spécialités médicales et paramédicales.

Nous allons acquérir dans les cours de sémiologie les connaissances scientifiques de base indispensables à la maîtrise des savoirs et savoir-faire nécessaires à l'exercice des métiers médicaux.

Les 4 grands principes des cours de sémiologie sont:

- le rejet de l'exhaustivité (les cours vont à l'essentiel)
- la participation active de l'étudiant
- la pluridisciplinarité
- l'ouverture aux métiers de la santé.

2) Les Objectifs de la Sémiologie

Les objectifs sont:

- L'acquisition des connaissances de base facilitant l'abord et l'examen d'un sujet en intégrant la formation complémentaire des stages hospitaliers (ces stages sont liés aux cours théoriques de sémiologie)
- L'acquisition d'un raisonnement clinique c'est à dire savoir analyser des symptômes, prendre en compte la prévalence et la gravité de la maladie, avoir un examen clinique orienté, savoir hiérarchiser la plainte médicale du patient ("quel va être le maître symptôme?", savoir hiérarchiser l'importance d'un symptôme par rapport à un autre), savoir se tenir (avoir les mains propres, être présentable, mettre les formes: serrer la main du patient et dire "bonjour madame/monsieur")
- Notion de sémantique médicale.

Lors d'un examen, il faut tout d'abord aborder le sujet. C'est ici que la relation médecin-malade se met en place. Le soignant se doit de se tenir correctement, de mettre les formes (se lever, dire bonjour monsieur/madame, avoir les mains propres (ongles courts, non rongés). Puis le médecin procède à l'interrogatoire.

Ensuite, un examen complet est réalisé de manière systématique. Le médecin recueille les principales plaintes et les informations sur les douleurs et l'altération de l'état général. Puis il cherche les principaux signes cliniques et paracliniques (biologie, imagerie).

II) Recueil des symptômes

La sémiologie est donc un langage et consiste à recueillir des symptômes au cours de l'examen du patient afin de les traduire en syndrome. Il faut pouvoir avoir un contact avec le patient pour pouvoir l'examiner et arriver aux **5 étapes fondamentales** qui correspondent à une démarche systématique: **l'interrogatoire, l'inspection, la palpation, l'auscultation et la percussion.**

1) L'interrogatoire

L'interrogatoire du patient a pour but de révéler les antécédents du patient, c'est ce qu'on appelle l'**anamnèse**. Il doit se faire avec respect et en toute neutralité. L'interrogatoire doit être efficace mais il ne doit pas être inquisiteur, il n'est pas policier, le but n'est pas de faire avouer quelque chose (ex : addictions). L'interrogatoire peut être limité si la personne ne parle pas notre langue ou que la personne ne peut pas parler ou est dans le coma. Dans ce cas, l'interrogatoire se révèle nul.

Le dialogue avec la personne est essentiel, sinon on ne peut pas se rendre compte de la souffrance et des symptômes du patient. Si un accompagnateur parle à sa place on peut être en droit de faire sortir la personne. Il faut garder notre ligne, et cette ligne à pour faites de recueillir les antécédents.

➤ Antécédents chirurgicaux

On commence par les antécédents chirurgicaux car c'est ce qui permet de savoir si un malade est fiable, si les informations qu'il nous fournit sont vraies. Par exemple, si un malade nous dit qu'il n'a jamais été opéré mais que l'on observe des cicatrices chirurgicale, on peut se rendre compte de sa fiabilité. Il ne ment pas forcément, il peut juste être dément par exemple, ce n'est pas forcément de sa fautes. Ce n'est pas le niveau d'intégration dans la société qui fait que les gens vont avoir un rapport de leur histoire médical meilleur.

La chirurgie nous permet d'avoir une vue dense, on n'aura pas le même raisonnement si la personne a été opéré hier ou il y a 5 ans. Il est impératif de noter la **date**, le **type** de chirurgie, et le **nom du chirurgien** par ordre chronologique ainsi que les **complications** survenues.

➤ Antécédents médicaux

Il faut retracer l'histoire du patient afin d'avoir connaissance de toutes les **maladies** que le patient a pu contracter dans sa vie ainsi que les **thérapeutiques**. On peut s'appuyer sur les carnets de santé prévu à cet effet, mais ils sont souvent incomplets.

➤ Antécédents gynécologique

Ce n'est pas très compliqué, il suffit prendre connaissance de : la date des **premières règles**, la date des **dernières règles** (car en fonction de cela, on fera ou pas certain examen), date de la **ménopause**, l'existence de **contraception**, le **type** de contraception et la **durée** de la contraception (Par exemple, si une femme prend la pilule depuis 25ans, il y aura un fort risque d'embolie pulmonaire), le nombre de **grossesse**, le nombre de **fausses couches**, le nombre d'**avortement** et l'**oestrotherapie** substitutive.

➤ Antécédents familiaux

• Arbre Généalogique

Il est primordial de réaliser un arbre généalogique, car il va pouvoir nous renseigner sur les facteurs de risque présent dans la famille, comme par exemple les risques cardiovasculaires. Il permet aussi de comprendre et de déterminer les risques génétiques d'une maladie donnée. On ne peut pas hiérarchiser les indices sans un arbre généalogique. Il faut toujours retranscrire toutes les informations que le patient nous fournit, même si on n'a pas eu une info, on doit le noter pour prouver qu'on a bien fait l'effort de chercher.

Comment le fait-on ?

Toujours se mettre à la place du patient car il y a des drames dans toutes les vies. Il vaut donc mieux commencer par les parents (Est-ce qu'ils sont vivants ? Si oui, leurs âges ? De quoi sont-ils décédés ?)

Il faut toujours être polie et respectueux, et procéder progressivement car il y a un risque de stigmatisation du malade.

Deuxièmement, est-ce que vous avez des frères/sœur, et ensuite est-ce que vous avez des enfants ? (le nombre, l'âge, etc...)

- Les facteurs de risques

Le médecin doit connaître les facteurs de risque présent dans la famille, ainsi que les facteurs de risque individuels du patient. Il faut du bon sens et hiérarchiser les examens complémentaires.

➤ Habitus et mode de vie

- **L'ethnie** : En France on ne recueille pas la race mais « l'origine géographique » (bien que dans le reste du monde on recueille la race). Ce n'est pas raciste de recueillir la race, nous sommes dans une société multiethnique, et une personne de type caucasien, asiatique ou encore africain ne vont pas contracter les mêmes maladies (ex : la tension est plus élevée chez les africains, en Asie il y a moins de thrombose, etc...)
- **Le sexe** (car il y a des personnes qui changent de sexe)
- **Le statut social** : Il peut changer au cours de la vie. C'est important de le connaître car il donne des informations sur la couverture sociale et cela peut orienter notre prise en charge du patient.

2) L'Inspection

Il est essentiel que l'inspection se fasse **dévêtue** et en intégralité, et parmi toutes les observations on doit recueillir en priorité le **poids** et la **taille**. Il ne peut pas y avoir de taille sans poids (pourtant dans 80% des cas, le poids est absent). Le poids et la taille sont primordiales pour des suivies et permettent de **calculer l'IMC** du patient, et de faire des quantifications. Par exemple, quand un patient dit qu'il a maigrit ou grossi, il est nécessaire de comparer avec les données antérieures.

3) La Palpation

La palpation se réalise à **2 mains**. Les mains doivent être propres, les ongles non rongés, pas de vernis ni de faux ongles. La palpation se fait en général à main nue sauf en cas de plaie ou de saignement.

4) L'Auscultation

Elle se réalise avec un stéthoscope. *Il faut commencer à s'entraîner le plus vite possible sur le plus de cas possible pour éduquer notre oreille !*

5) La Percussion

La percussion se réalise avec **l'index et se fait à 3 doigts** (index/majeur/annulaire). Le son peut-être tympanique (à cause de la présence d'air comme pour le poumon) ou mat/atympanique (son plein comme pour le foie). On aura aussi besoin d'être munie d'un marteau réflexe.

La somme des symptômes recueillis donne un syndrome (pathologie).

III) L'Interrogatoire en Cardiologie

1) Les Objectifs

Les objectifs de la cardiologie (cours 1 et 2) sont :

- Savoir interroger un patient : Signes fonctionnels, douleur thoracique (angor, infarctus, péricardite, embolie pulmonaire), palpitation, lipothymie, syncope, FDR cardiovasculaire, douleur des membres inférieurs (artérite, phlébite), dyspnée.
- Savoir palper un patient : aire cardiaque, pouls périphérique, trajet veineux mollet, mesure de la pression artérielle.
- Savoir inspecter un patient : livedo (présence de taches violettes), nécrose, cyanose, varices, obésité, éléphantiasis (œdème lymphatique), reflux hépato jugulaire
- Savoir ausculter un patient : 4 foyers d'auscultation, BDC (bruit du cœur) normaux, bruits surajoutés (caractéristiques et signification d'un souffle, d'un galop, d'un frottement péricardique)

2) Caractéristique de la Douleur

Pour traiter une douleur le plus rapidement et efficacement possible, il est nécessaire de connaître les 7 caractéristiques de la douleur :

1. **Le siège de la douleur et son irradiation** : où elle est située ? et où est-ce qu'elle va ?
2. **Le type de douleur** : Comment est la douleur ? Est-ce que ça gratte, mord, broie, pique, pince...
3. **L'intensité** : A mesurer sur une échelle visuelle analogique qui correspond à une règlette entre 0 et 10 où 0=aucune douleur et 10= « je vais mourir »
4. **Le mode de survenu** : Est-ce que la douleur survient à l'effort ? au repos ?
5. **Les caractères de la douleur** : Est-ce qu'elle est continue ? elle s'arrête ?
6. **Sa sévérité** : Depuis quand ?
7. **Les facteurs modifiants la douleur** : Les facteurs qui vont l'apaiser et ceux qui vont la calmer.

3) Les facteurs de risques cardiovasculaires

Il faut savoir les lister sans oublier un seul point.

➤ Les facteurs de risque non modifiables

Ils comprennent :

- **Le sexe** : Homme ou Femme avec une ménopause précoce
- **L'âge** : Supérieur à 50 ans chez l'Homme ou supérieur à 60 ans chez la Femme
- **L'hérédité** : l'hérédité cardiovasculaire avec le premier degré et le deuxième degré

➤ Les facteurs de risque modifiables

Ils comprennent :

- **Le tabac** en cours ou arrêt de moins de 3ans. (en paquets années)
- **L'hypertension artérielle** définie par une pression artérielle supérieur à 140/90 mmHg ou 130/80 mmHg si diabète ou néphropathie (mit en évidence grâce à un arbre généalogique)
- **Dyslipidémie** avec un HDL bas inférieur à 0.4g/l ou un LDL élevé supérieur à 1.6g/l
- **Le diabète** de type de 1 ou 2 avec une glycémie à jeun supérieur 1.26g/l
- **L'Obésité androïde** avec un IMC supérieur à 30kg/m2 (ajd'h 1/3 des enfants de 15ans sont obèses)
- **Absence d'activité physique régulière** (recommandations : 3x30min/ sem)

➤ Les facteurs de risque lié à l'hypertension artérielle (A ne pas confondre avec les autres facteurs des autres catégories)

- **Consommation excessive d'alcool** : Supérieur à 3 verres de vin ou équivalent/j chez l'homme et supérieur à 2 verres ou équivalent/j chez la femme
- **Catégorie à risque particulier** : groupes socioéconomiques défavorisés, les origines ethniques (afro-américain, caribéen)
- **Atteinte d'un organe cible** :
L'enquête de Framingham combine les facteurs de risque (sexe, âge, HDL, LDL, tabac, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, atteinte d'un organe cible) pour donner le score de Framingham qui correspond au risque d'évènement coronarien à 10ans.

Ne pas confondre les facteurs de risque veineux et artériel !

4) La recherche de signes fonctionnels

A. La douleur thoracique

La douleur thoracique peut être du à 5 symptômes particulier : l'angor, l'infarctus du myocarde, une dissection aortique, une lésion du péricarde ou une embolie pulmonaire.

➤ L'angor

L'angor est la cause la plus fréquente des douleurs dans la poitrine. Les douleurs angineuses traduisent généralement une ischémie myocardique.

La douleur dans l'angor se caractérise par une **douleur médiane, rétro sternale, en barre, large, d'un pectoral à l'autre**, que le malade désigne par le plat de la main. Elle peut être de siège atypique au niveau de l'épigastre, abdominale, voire dorsale.

Elle irradie typiquement vers l'épaule, le bras gauche, le cou et la mâchoire inférieure. Il peut y avoir Irradiation atypique vers les deux membres supérieurs ou seulement le membre supérieur droit. Parfois, les irradiations peuvent être manquante et parfois, douleur décapitée, réduite à ces irradiations.

La douleur dans l'angor est de **type intense, constrictive, en étau et angoissante**. Elle peut aussi être atypique en se manifestant par une simple pesanteur ou sensation de brûlures profondes. Le transplanté cardiaque peut avoir un angor, comme le cœur est dénervé, il n'aura pas de douleur. Le diabétique qui va avoir une neuropathie périphérique, aura un angor qui n'est pas symptomatique. Donc on peut voir que la douleur peut être présente ou absente, il y a les formes typiques et les formes atypiques.

C'est généralement un **angor qui survient à l'effort**. La douleur réapparaît toujours pour le même effort et le patient sait parfaitement le type d'effort qui va faire apparaître la douleur. L'angor est lié à une vasoconstriction qui peut être levé par l'utilisation de trinitrine car elle permet une vasodilatation locale. La **trinitrosensibilité** est le maître symptôme qui fait le diagnostic de l'angor ! L'angor c'est donc la trinitrosensibilité dans laquelle la trinitrine va être prise en sublinguale par le patient après qu'il est acquis une éducation thérapeutique. La trinitrine fait disparaître la douleur en quelques minutes et c'est important que le malade puisse chiffrer son effort.

Si la coronaire se rétrécit un peu plus et la plaque d'athérome se poursuit, **l'angor d'effort peut se transformer en angor de repos**. L'angor de repos devient une crise spontanée qui va toujours céder à la trinitrine mais qui survient pour un effort plus mineur.

Il existe une 3ème forme d'angor appelé **l'angor spastique ou l'angor de Prinzmetal** qui est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Il est causé par des **spasmes de l'artère coronaire** et il est le plus souvent nocturne. Lorsque l'on réalise une coronographie, on observe que les coronaires sont saines.

Il faut savoir que **l'angor est toujours réversible**, il n'y a pas encore de nécrose !

➤ L'Infarctus du myocarde

L'angor est le signe prémonitoire de l'occlusion coronaire, qui peut conduire à la **nécrose** et donc à l'infarctus du myocarde. La nécrose peut provoquer une **douleur subintrante**, qui peut obliger à utiliser de la morphine pour soulager le patient. Cette douleur est **rebelle à la trinitrine** contrairement à celle de l'angor.

Selon l'extension de la nécrose, la gravité de l'infarctus sera différente. Si on a une nécrose qui est ponctuelle et distale de la coronaire gauche, on aura un infarctus limité. Mais si on a une nécrose de la coronaire gauche proximale, on aura une défaillance cardiaque globale. Et si on a un infarctus sur la coronaire droite, on aura plus des troubles digestifs.

➤ La dissection aortique

La douleur de la dissection aortique est une **douleur du sujet jeune** qui est migratoire tout **le long du trajet de l'aorte**. Elle est donc plutôt **descendante** et à **irradiation dorsale**. Cette douleur est liée à une rupture de la paroi aortique au niveau de la jonction intima-médial avec création d'un faux chenal qui va aller obturer en bas le flux de la partie pelvienne. Elle est caractérisée par une **asymétrie de pouls**, avec un pouls absent aux membres inférieurs et présent aux membres supérieurs. C'est une **douleur très intense**.

➤ La lésion du péricarde

Cette douleur de la péricardite est due à **l'apparition de liquide entre les deux feuillets du péricarde**, qui est normalement une cavité virtuelle, ce qui va provoquer une **inflammation**. L'apparition de liquide est plus fréquemment la conséquence d'une grippe, mais elle peut aussi être liée à un cancer ou un œdème aigue du poumon.

La péricardite n'est **pas liée à l'effort**. Elle se caractérise par une **douleur prolongée** jusqu'à ce que l'épanchement disparaisse et peut être mit en évidence par d'autre signe extra thoracique comme par

exemple la grippe ou la fièvre. Elle n'a **pas de trinitrosensibilité**. Le fait de **se pencher en avant peut soulager la douleur**.

➤ L'Embolie pulmonaire

La douleur de l'embolie pulmonaire va se loger dans la circulation pulmonaire donc on peut considérer que c'est dans l'appareil cardio respiratoire. Il s'agit d'une **obstruction du réseau veineux pulmonaire**.

B. La Dyspnée

La dyspnée correspond à une **gêne à la respiration**. On peut avoir des dyspnées d'origine cardiaque même si la dyspnée est un symptôme pulmonaire. La classification d'une dyspnée est **souvent d'origine cardiovasculaire**.

Il est nécessaire d'identifier le type de dyspnée et sa sévérité.

C. Perte de connaissance

Les pertes de connaissances sont appelées syncope ou lipothymie.

-**La Lipothymie** : Correspond à une **sensation de malaise général**, de vide, de **noir**, ne s'accompagnant pas d'une abolition complète de la conscience.

La lipothymie est précédée de **pâleur, de sueurs, de troubles visuels et auditifs** et débute progressivement.

Le sujet a généralement le temps de s'allonger. **La perte de connaissance est incomplète**. Le pouls est lent, parfois petit. Au bout de quelques minutes de lipothymie, le sujet émerge progressivement de son anéantissement, reste fatigué pendant plusieurs heures.

La lipothymie est un **accident habituellement bénin**, observée chez les neurotoniques à la suite d'émotions et de contrariétés. Elle peut avoir la même signification qu'une syncope véritable.

(« C'est le malaise de la jeune femme dans les roman d'amour du XVIIIe siècle »)

-**Syncopes** : Perte de connaissance brève et complète par ischémie cérébrale transitoire de survenue brutale, sans signe prémonitoire, et s'accompagnant instantanément de **chute, parfois traumatisante**. La **pâleur et l'apnée** vont habituellement de pair avec une **absence de pouls et de bruits cardiaques**. Si la syncope dépasse 15 secondes, des **secousses cloniques des membres peuvent apparaître**, la respiration devient stertoreuse.

Si la durée de la syncope dépasse 1 mn, la pâleur peut être remplacée par une cyanose. **La perte de conscience est totale** pendant l'accident qui dure de quelques secondes à une ou deux minutes. Il n'y a pas de morsure de la langue. La perte des urines est possible.

La syncope se termine brusquement par une reprise circulatoire avec rougeur de la face et retour immédiat de la conscience, **sans amnésie antérograde**.

Dans la plupart des cas, l'interrogatoire du malade et de son entourage permet le diagnostic rétrospectif.

Dans les deux cas, il n'y a pas d'amnésie antérograde (pas de perte de mémoire !) à la différence d'une crise d'épilepsie.

D. La Palpitation

La palpitation correspond à une **perception anormale des battements cardiaques** qui peut signifier soit une tachycardie, soit une arythmie.

La Tachycardie correspond à une accélération de la fréquence cardiaque et **l'Arythmie** à une sensation d'irrégularité du rythme cardiaque.

Les palpitations sont importantes à mettre en évidence car elles favorisent la survenue de caillot.

Important : Tachycardie et Arythmie sont important à connaitre, elles tombent 1 fois sur 3 selon la prof!

E. Claudication intermittente

Les douleurs de claudication intermittente sont liées à une diminution de la vascularisation en périphérie due à une athérosclérose périphérique.

Elles **peuvent se situer au niveau du mésentère**, et l'artérite mésentérique cause une **douleur post prandiale tardive** (3 à 5h après le repas) qui est liée à l'augmentation de la consommation d'oxygène au niveau du mésentère pour la digestion et qui s'associe à une sténose athéromateuse de l'artère mésentérique supérieure ou inférieure. L'artérite mésentérique peut conduire à l'infarctus mésentérique qui est une des premières causes de décès chez le sujet âgé.

On peut aussi avoir une douleur latérale qui va se localiser au niveau des membres inférieurs. Elle peut être **du à l'effort**, c'est ce qu'on appelle une ischémie d'effort et entraîne une claudication intermittente.

L'interrogatoire va permettre de classer l'artérite selon différents stades :

-**Stade 1**: Patient asymptomatique (découverte fortuite)

-**Stade 2**: Claudication intermittente (douleur lors de la marche rapide, de type crampe) Il faut alors définir le périmètre de marche qui correspond à mesurer la distance à partir de laquelle la douleur apparaît. Il existe le stade 2a (=périmètre de marche supérieur à 100m) et le stade 2b (=périmètre inférieur à 100m).

-**Stade 3**: Douleur de décubitus, c'est un stade élevé (ischémie permanente ; brûlure, endormissement profond, sensation de pied froid, soulagé par une position déclive, le patient ne peut se lever, survient la nuit)

-**Stade 4**: Gangrène distale et nécrose (engourdissement, froid, faiblesse musculaire... *Peut mener à l'amputation*)

5) L'Inspection du malade

➤ L'athérosclérose

L'athérosclérose va entraîner des manifestations cliniques périphériques qui vont être plus ou moins sévères. Elles peuvent aller de l'érythème diffus avec des lésions de nécroses jusqu'à la nécrose directe qui peut entraîner l'amputation. On va pouvoir observer aussi des ulcères (artériels : à bord net en pièce de monnaie / veineux : à bord fluide) ou encore des lésions ischémiques.

On doit faire le diagnostic à l'inspection du patient. L'inspection c'est aussi le fait de trouver le moyen d'aller voir sous les artères et de comprendre comment c'est développé la pathologie artéroscléreuse.

➤ L'Hypertension Artérielle (HTA)

On doit essayer de contrôler au mieux les facteurs de risque cardiovasculaire et un des bons moyens est l'observation du fond de l'œil.

Le fond d'œil est le reflet du système artériel cérébral. Il permet d'étudier le retentissement de l'hypertension artérielle (HTA) et va nous montrer les artères et les veines avec le signe du croisement qui possède plusieurs stades :

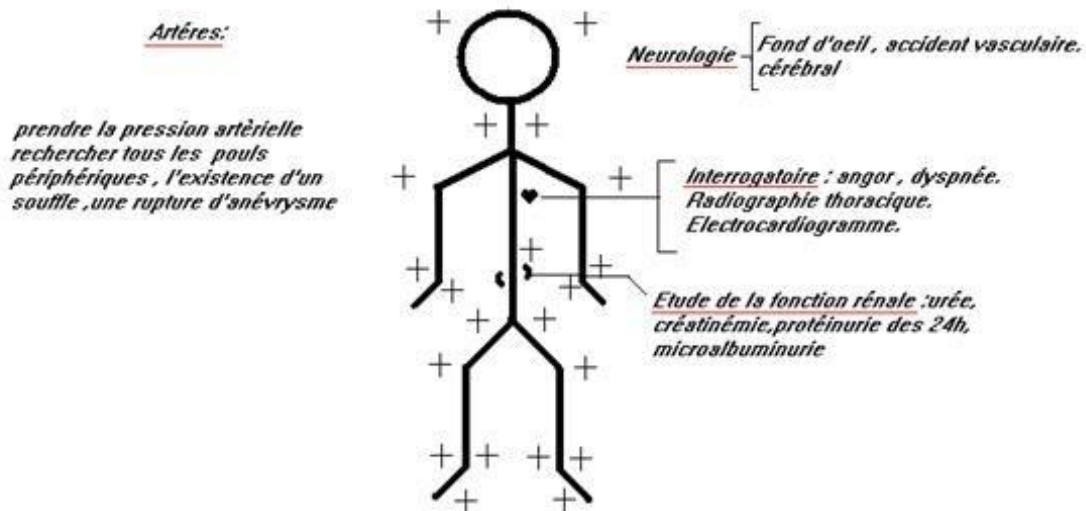
- Stade 1 : Vasoconstriction des artères qui sont rétrécies, rigides et cuivrées.
- Stade 2 : Sclérose : Stade 1 + signe du croisement (compression de la veine par l'artère)
- Stade 3 : Exsudation : Stade 2 + dilatation veineuse avec hémorragies + exsudats
- Stade 4 : Neuropathie optique : Stade 3 + œdème papillaire (peut être une cause de cécité)

Il faut savoir dépister, interroger et prévenir HTA ainsi que la traiter et en apprécier la gravité. L'Observation du fond de l'œil est donc primordiale dans le retentissement de l'HTA. D'ailleurs la Haute Autorité de Santé recommande de faire un fond de l'œil 1 fois par an pour prévenir l'HTA.

6) La Palpation

Pour évaluer la chaleur locale, on doit palper avec le dos de la main, car l'intérieur de la main peut être chaud ou froid et la perception sera faussée, alors que le dos de la main est isotherme.

Ensuite, il faut palper tous les pouls périphériques (que l'on peut apprendre grâce au bonhomme de Cross ci-dessous) : le pédieux, le tibia antérieur/postérieur, le poplité, le fémoral, l'aorte abdominal, radial, cubital, huméral, temporal et carotide. Il faut palper de chaque côté et pas les deux en même temps.



On doit marquer les pouls périphériques sur un schéma qui est daté.

Il faut aussi palper pour rechercher les œdèmes, des signes de varices, le choc de pointe, signes de Harzer, hépatomégalie ou encore un reflux hépatojugulaire.

7) La mesure de la pression artérielle

Il est indispensable de savoir mesurer la pression artérielle même si maintenant il existe des machines. Les recommandations internationales préconisent de mesurer la **pression artérielle au repos**, depuis au moins 10min.

Il faut se munir d'un **brassard adapté au tour de bras du patient**. Si on met un brassard trop large, la personne sera hypotendue, si le brassard est trop petit, elle sera hypertendue.

Le principe est simple. Il suffit d'exercer une contre-pression au niveau de l'artère humérale, d'interrompre de manière transitoire le flux dans l'artère humérale, puis de dégonfler lentement le brassard. Le premier bruit correspond à un flux turbulent (bruit de Korotkoff). Il s'agit de la pression artérielle systolique. Le flux devient ensuite laminaire, et plus aucun bruit n'est perçu au stéthoscope. Il s'agit de la tension diastolique.

La pression artérielle suit une courbe de Gauss et à partir de cette courbe de Gauss on a défini une valeur moyenne : 120/80 (mais ces chiffres évolue en fonction de l'âge...)

Tableau à connaître

Définition	PA systolique	PA diastolique
PA optimale	< 120 mmHg	< 80 mmHg
PA normale	120-129 mmHg	80-84 mmHg
PA normale haute	130-139 mmHg	85-89 mmHg
HTA		
Grade 1 (légère)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Grade 2 (modérée)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
Grade 3 (sévère)	> 180 mmHg	> 110 mmHg
HTA systolique isolée		
Grade 1	140-159 mmHg	< 90 mmHg
Grade 2	> 160 mmHg	< 90 mmHg
Hypertension artérielle Maligne = URGENCE thérapeutique = chiffres de PA élevés + retentissement viscéral (ophtalmologique, cardiaque et/ou rénal)	≥ 210 mmHg	≥ 120 mmHg
Hypotension orthostatique = chute entre valeur de PA couchée, après 10 min. de repos et debout (immédiatement, après 3 min. et après 6 min. d'orthostatisme)	Chute de 20 à 30 mmHg	Chute de 10 mmHg