

Cours 1-UE4 : Introduction à la sémiologie médicale.

Le recueil des symptômes : 5 étapes (il ne doit pas être inquisiteur)		
L'interrogatoire du patient	Antécédents chirurgicaux	-Type, Lieu, Date de l'intervention. (à classer par ordre chronologique) -Les éventuelles complications. -Le nom du chirurgien <i>Il est nécessaire de vérifier si le malade est fiable ou non afin de hiérarchiser la valeur de l'interrogatoire.</i>
	Antécédents Médicaux	Le but est de retracer l'histoire du patient afin d'acquérir des connaissances sur les maladies contractées au cours de sa vie et des thérapeutiques qui lui ont été données. (On prend en note TOUTES les maladies pour « éviter les pièges »)
	Antécédents Gynécologiques	-Date de ses premières et dernières règles. -La femme est-elle sous hormonothérapie ? -Prend-elle un contraceptif ? (<i>Type de contraceptif, depuis combien de temps le prend-elle ?</i>) -Nombre de grossesses (<i>et ont-elles été menées à terme ?</i>) -A-t-elle un suivi gynécologique ? Dernier frottis et mammographie réalisés ?
	Antécédents Familiaux	-Le médecin va chercher à établir un arbre généalogique pour identifier les facteurs de risques du patient. Pour établir cet arbre, on commence par les parents (<i>de quoi sont-ils morts ?, leurs origines... etc.</i>) puis on interroge le patient sur ces frères et sœurs et enfin on finit par ces enfants. (<i>sont-ils atteints d'une maladie ? ...</i>) L'arbre généalogique est indispensable au raisonnement étiologique ! -Le médecin doit connaître les habitudes et le mode de vie du patient ; notamment son ethnie (car les maladies seront différentes d'une ethnie à l'autre) et statut social (<i>A-t-il un régime équilibré ? Est-il couvert par la sécurité sociale ou par la CMU ...</i>)
L'inspection (Elle se fait dévêtue !)	Observation	Le médecin observe la couleur de la peau, des selles, des conjonctives... Il cherche également d'éventuelles lésions de la peau ou des muqueuses. Il est important de serrer la main au patient au début de la consultation car outre le fait qu'il s'agisse d'un signe de politesse, cela permet aussi d'observer ses mains et ainsi d'obtenir des informations sur le patient.
	Le poids et la taille	Permet de calculer l'IMC du patient. Dans certaines pathologies ou lors d'une hospitalisation, il est nécessaire de contrôler le poids fréquemment pour chiffrer une éventuelle perte de poids.

La palpation (généralement à main nue, les mains propres, les ongles non rongés, sans vernis....)	Elle se fait à deux mains.
L'auscultation	Réalisée avec un stéthoscope
La percussions	Elle se fait avec l'index et à trois doigts.

A partir des symptômes recueillis, on va pouvoir élaborer un syndrome.

Les 7 caractéristiques de la douleur :

1. Siège et irradiation (*Où est-elle et où va-t-elle ?*)
2. Type (*Est-ce que ça gratte, ça appui, ça pique, ça broie... ?*)
3. Intensité (*sur une échelle de 0 à 10*)
4. Mode de survenue (*Quand a-t-il mal? A l'effort ? ..*)
5. Caractère (*Vient-elle par vague ? Est-ce qu'elle s'arrête ?*)
6. Sévérité (*depuis quand ?*)
7. Facteurs modifiant la douleur (*ce qui augmente et atténue la douleur*)

L'interrogatoire en cardiologie.

On va rechercher des signes fonctionnels chez le patient. Lors de l'interrogatoire, le médecin cherche d'éventuels facteurs risques cardiovasculaires :

- Non modifiable : sexe, âge, hérédité
- Modifiable : tabac, diabète, obésité, dyslipidémie, HTA, absence d'activité physique régulière.

La Perte de connaissance

La lipothymie : Sensation de malaise, fatigue, sueur, pâleur, voile noir. Sensation de chute. Pas de réelle perte de connaissance.

La syncope : Perte de connaissance totale, brutale, « à l'emporte pièce » et réversible. Cause : cardiaque, neurovégétative ou hypotension. Le patient tombe d'un coup. Apnée, pas de pouls. Possible secousses cloniques. Pas d'amnésie antérograde

La Palpation

On apprécie la chaleur locale en plaçant le dos de la main sur la zone qui nous intéresse. On observe une diminution de la chaleur dans certaine maladie comme dans l'ischémie ou dans l'artériopathie des membres inférieurs.

On réalise aussi la palpation des pouls périphériques : le pouls pédieux (*muscle sur la face dorsale du pied*), le pouls tibial postérieur, le pouls poplitée, le pouls fémoral, l'aorte abdominale, le pouls radial, ulnaire, huméral, carotidien et pour finir le pouls temporal.

Les douleurs Thoraciques

Liée à :	Siège et irradiations	Type	Mode de survenue	Caractère-intensité	Explication physiopathologique
L'Angor	<p><u>Siège</u> : médiane, retro sternale, en barre, large, d'un pectoral à l'autre. <i>Désigné par le patient « du plat de la main » lorsqu'on lui demande de situer sa douleur.</i></p> <p><u>Irradiations</u> : épaules gauche, membres sup gauche, cou, mâchoire, épigastre, dos. (Atypique : douleurs thoracique localisée, sans irradiation ou limitée à ses irradiations)</p>	<p>En étai, constrictive, angoissante.</p> <p>(Atypique : pesanteur, brûlure)</p> <p><i>Le transplanté cardiaque peut avoir un angor mais comme le cœur est dénervé, il n'aura pas de douleur.</i></p> <p><i>Le diabétique qui a une neuropathie périphérique aura un angor asymptomatique.</i></p>	<p>Survient à l'effort (à la marche rapide ou en montée). Elle est brutale et impose l'arrêt à l'effort.</p> <p>Peu devenir un angor de repos s'il y a aggravation de l'athérosclérose.</p> <p>L'angor de Prinzmetal (spastique), est causé par un spasme dans l'artère coronaire. <i>Survient principalement chez la femme et c'est un angor plutôt nocturne.</i></p>	<p>Intense.</p> <p>Trinitrosensibilité.</p> <p><i>L'angor est lié à la vasoconstriction et va être levé par l'administration de trinitrine qui est un vasodilatateur.</i></p>	<p>Ischémie myocardique réversible.</p> <p>Souffrance des cellules myocardiques par une hypoxie liée à une diminution du flux coronaire.</p>
L'infarctus du Myocarde	<p>Douleur sub-intrante.</p> <p><i>L'angor est un symptôme prémonitoire de L'IDM.</i></p> <p>Cause de mort subite.</p>			<p>Très intense (administration de morphine).</p> <p>Resistance à la trinitrine.</p>	<p>Nécrose myocardique irréversible due à une obstruction de la lumière vasculaire.</p>
La Dissection aortique	<p>Siège : thoracique, parfois migratoire, le long du trajet de l'aorte.</p> <p>Irradiation dorsale.</p>	Sensation de déchirement.	<p>Violente.</p> <p>Pouls présent aux membres sup et absent aux membres inf (asymétrie des pouls)</p>	Très intense	Rupture de la paroi aortique au niveau de la jonction intima-media.

La péricardite	Siège : médio thoracique, retro sternal. Peu d'irradiation.	Sensation d'étouffement similaire à l'angor (<i>pour la distinguer de l'angor, on peut demander au patient si la douleur est atténuée qd il se penche en avant</i>)	Non liée à l'effort. Atténuée lorsque le patient se penche en avant.	Intense Résistante à la trinitrine	Apparition de liquide dans le péricarde à l'origine d'une inflammation. (<i>épanchement</i>)
L'embolie pulmonaire.	Cf cours suivant.				

Les palpitations

Ce sont des perceptions anormales des battements cardiaques. Il peut s'agir d'une tachycardie ou d'une arythmie.

La dyspnée :

Gêne subjective ou objective à la respiration. Il faut identifier son type et sa sévérité (*cf. cours suivants*)

La Claudication intermittente

C'est une douleur liée à l'athérosclérose périphérique.

Artérite mésentérique.	Douleur post prandiale Tardive (3à 5h après le repas) due à l'augmentation de la consommation en O2 associée à une sténose de l'artère mésentérique sup ou inf. L'infarctus mésentérique est une des premières causes de décès de la personne âgée.
Artérite des membres inférieurs	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 ; nécessité de chiffrer le périmètre de marche) -Stade 3 : Douleur de décubitus (ischémie permanente ; brûlure, sensation de pied froid, soulagé par une position déclive) -Stade 4 : Gangrène distale et nécrose (engourdissement, froid, faiblesse musculaire... <i>Peut mener à l'amputation</i>)

Le fond d'œil : permet d'évaluer l'état du système artériel cérébral ; il existe 4 stades :

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