

## Sémiologie générale :

- *Poids, taille, index de masse corporelle*

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

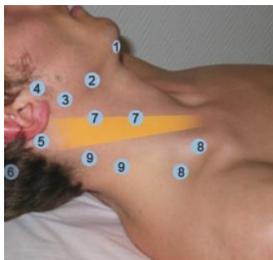
- *Etat général*

- 1) **Asthénie** (= fatigue disproportionnée par rapport à l'effort fourni)  
→ I, retentissement, évolution, qualité du sommeil ++
- 2) **Anorexie** (perte d'appétit < 1500 Kcal/j)  
→ si le patient veut manger mais ne peut pas (ex : nausées) : ~~anorexie~~
- 3) **Maigrissement** (= perte de la masse musculaire et/ou adipeuse)  
→ vitesse de perte de poids  
→ significatif si > 5% en 3 mois ou > 10% en 6 mois
- 4) Fièvre ?

- *Syndrome inflammatoire clinique*

- Au niveau local : rougeur, chaleur, douleur, œdème
- Au niveau général : ± fièvre et une altération de l'état général (AEG)

- *Palper les aires ganglionnaires superficielles*



### **Les aires ganglionnaires cervicales :**

- L'examineur se met derrière le patient, cou fléchi en avant. On mobilise la peau au-dessus des tissus sous-jacents dans chaque zone avec la pulpe de l'index et du majeur.



### **Les aires ganglionnaires axillaires :**

- Le patient est assis ou debout, une main est posée sur l'épaule de l'examineur, qui racle la paroi thoracique de haut en bas avec ses doigts (on fait froter les ganglions sur la cage thoracique)

+ les aires ganglionnaires épitrochléennes + les aires inguinales

- **Palper la rate**

Palpation en décubitus dorsal, au niveau de l'hypochondre gauche.

On se place à la gauche du patient, main droite sous le rebord costal gauche, en appuyant et en demandant au patient de respirer profondément.

→ Si normale, la rate n'est pas palpable.

- **Œdèmes sous-cutané, signe du godet**

Le tissu interstitiel sous-cutané contient plus de liquide extracellulaire, donc les membres inférieurs augmentent de volume. Les reliefs ostéo-musculaires et tendineux ont tendance à disparaître, la palpation donne une sensation anormalement molle (signe du godet)

→ Si local : insuffisance veineuse, lymphatique ou des petits vaisseaux.

→ Si généralisé : insuffisance cardiaque droite, hépatique ou rénale.

- **Reconnaitre les lésions cutanées élémentaires : érythèmes, purpura, papules, bulles, vésicules**

Erythèmes	Purpura	Papules	Vésicules	Bulles
				
Macules rouges qui <b>s'effacent</b> à la vitro pression (congestion vasculaire)	Macules rouges qui ne <b>s'effacent pas</b> à la vitro pression (extravasation des GR)	Lésions solides palpables bien délimitées (relief ou infiltration)	Lésions liquidiennes palpables de petite taille à sérosité claire	Lésions liquidiennes palpables à sérosité claire, citrin ou hémorragique de grande taille
<i>Les macules sont non palpables (modification isolée de la couleur)</i>		<i>Nodule si &gt; 1cm</i>	<i>≤ 2mm</i>	<i>&gt; 2mm</i>

Pustules : contenu trouble ou purulent

- **Reconnaitre un hippocratisme digital**

Doigts en baguette de tambour ou en verre de montre, **indolore** et signe peu spécifique

Rapport épaisseur phalange distale / interphalangienne > 1

→ diagnostic différentiel : ostéoarthropathie hypertrophifiante, **douloureux**

Signe de Schamroth :

→ un signe sensible est souvent présent au cours d'une maladie

→ un signe spécifique témoigne presque toujours de la maladie



## Sémiologie cardio-vasculaire :

- *Analyse d'une douleur thoracique*

- Siège
- Irradiations
- Le mode de début : brutal ou progressif
- Evolution (caractère aigu ou chronique)
- Type (profond, superficiel, en coup de poignard etc...)
- Terrain
- Intensité
- Facteurs déclenchants et aggravants (ex : inspiration profonde, la toux, l'effort, certaines positions antalgiques etc...)
- Signes associés

- *Mesurer la pression artérielle humérale par la méthode de l'auscultation*

- Méthode :

On prend un brassard de taille adaptée, en centrant la poche gonflable sur l'artère humérale repérée par la palpation. Le bord INF doit être à au moins 2cm au dessus du pli du coude

On place le stéthoscope sur le trajet de l'artère humérale en évitant qu'il touche le brassard. Il doit être le moins appuyé possible.

On gonfle ensuite le brassard jusqu'à ne plus entendre le bruit auscultatoire (15mmHg au dessus de la PAS présumé) et on le dégonfle ensuite progressivement.

- La pression artérielle **systolique** doit être lue au moment où on entend de nouveau le bruit auscultatoire.
- La pression artérielle **diastolique** doit être lue au moment où les bruits disparaissent.

- Conditions de mesure

- Le patient doit être dans un environnement calme, assis et au repos depuis au moins 5 min.
- Il est souhaitable de mesurer la PA à distance des événements qui peuvent la faire varier : émotion, effort physique, repas, tabac (15 minutes), café (1 heure), d'alcool etc
- On prend 3 mesures à 1min d'intervalle chacun, sans parler pendant la mesure.

- On parle d'**anisotension** quand la valeur de la PA aux 2 bras est différente de + de 15mmHg

- *Rechercher une hypotension orthostatique*

→ Il faut mesurer la PA et le pouls assis, après un repos d'au moins 10min allongé.

On prend ensuite les mesures à 0, 1 et 3 min (+ 5min éventuellement) après le passage debout.

On parle d'hypotension orthostatique si :

- on a une  $\searrow$  de la **PAS  $\geq 20$  mmHg**
- ou une  $\searrow$  de la **PAD  $\geq 10$  mmHg**

➤ Sympatricotonique si  $\nearrow$  de la FC  $\geq 20$ /min

→ Signe clinique après le passage en position debout :

- des vertiges
- des troubles visuels
- une sensation de faiblesse
- un malaise
- une chute
- une perte de connaissance

- *Préciser le rythme cardiaque par la prise du pouls et de l'auscultation*

/

- *Localiser correctement les 4 principaux foyers d'auscultation cardiaque et leurs zones d'irradiation*

**1) Foyer aortique :**

- 2ème espace intercostal droit.
- *Irradiations* : si sténose → vaisseaux du cou  
si régurgitation → le long du bord gauche du sternum et vers la pointe.

**2) Foyer pulmonaire :**

- 2ème espace intercostal gauche.
- *Irradiations* : si sténose → clavicule gauche  
si régurgitation → le long du sternum.

**3) Foyer tricuspide :**

- 4ème espace intercostal gauche, à la xiphoïde.
- *Irradiations* : latéralement de chaque côté de la xiphoïde.

**4) Foyer mitral ou apexien :**

- 5ème espace intercostal gauche sur la ligne médio-claviculaire
- *Irradiations* : si régurgitation mitrale → aisselle.

- *L'auscultation cardiaque*

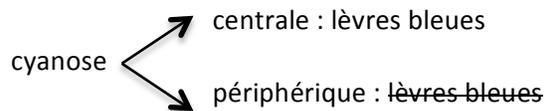
→ voir ma fiche

- *L'intensité des souffles (classification de Levine)*

- **1** : faible intensité, entendu après plusieurs cycles cardiaques
- **2** : moyenne intensité, entendu dès le premier cycle cardiaque
- **3** : forte intensité, dès le premier cycle cardiaque, sans frémissement
- **4** : forte intensité, avec frémissements à la palpation
- **5** : forte intensité, entendu avec la tranche du stéthoscope
- **6** : très forte intensité, entendu stéthoscope décollé

- *Syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche*

- dyspnée d'effort, orthopnée +++
- crépitants déclives : aux bases et symétriques
- toux, expectorations mousseuse
- épanchement pleural bilatéral (ou à droite)
- hypoperfusion périphérique :
  - cyanose
  - extrémités froides
  - marbrures



- *Syndrome d'insuffisance ventriculaire droite*

- Hyperpression veineuse centrale :
  - Reflux hépato-jugulaire
  - Turgescence jugulaire (V.jugulaire pleine à tous les temps de la respiration)
- Hépatomégalie
- Hépatalgies d'effort (=pesanteur ressentie au niveau de l'hypochondre droit ou de l'épigastre cédant à l'arrêt de l'effort.)
- Rétention hydrosodée : responsable d'œdèmes et d'ascite

Oedèmes sous-cutané, habituellement :

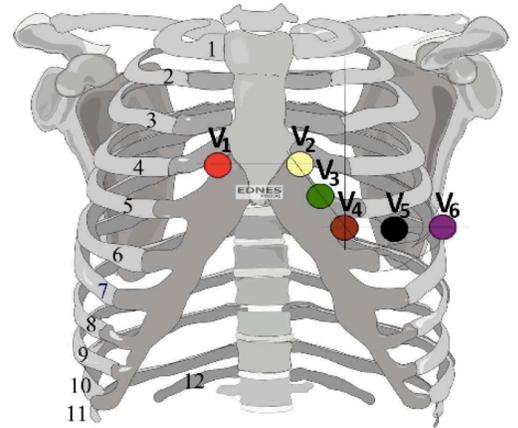
- Déclive
- Bilatéraux
- Indolores
- Prenant le godet

- *Réalisation et interprétation d'un ECG*

→ « le sang sur le bitume » à droite  
« le soleil sur la prairie » à gauche

→ pour les précordiales :

- **V1** : parasternale, 4<sup>ème</sup> EIC droit
- **V2** : parasternal, 4<sup>ème</sup> EIC gauche
- **V3** : entre V2 et V4
- **V4** : 5<sup>ème</sup> EIC gauche, sur la ligne médio-claviculaire
- **V5** : entre V4 et V6
- **V6** : même hauteur que V4, sur la ligne axillaire



- *Evaluer l'état artériel des membres : palpation des pouls périphériques, couleur et chaleur des extrémités, troubles*

→ pouls périphériques :

- L'artère humérale
- L'artère radiale
- L'artère ulnaire
- L'artère fémorale
- L'artère poplitée
- L'artère tibiale POST
- L'artère pédieuse

- *L'insuffisance artérielle*

- Douleur à la marche et en décubitus
- Pâleur ou cyanose
- Dépilation, sécheresse cutanée
- Froideur

- *L'insuffisance veineuse chronique*

- Varices sur les jambes : les veines sont dilatées et parfois douloureuses
- Les jambes sont lourdes
- Oedèmes vespéral
- La peau autour de la cheville prend une coloration brunâtre : dermite ocre
- Elle peut aussi prendre une coloration blanchâtre : atrophie blanche
- Un ulcère se crée (face INT de la cheville ou de la jambe ++): ulcère variqueux
- Sclérose cutanée

- *Troubles trophiques*

<b>Caractéristiques</b>	<b>Ulcère veineux</b>	<b>Ulcère artériel</b>
Localisation	Sus-malléolaire Trajet veineux	Sous-malléolaire Os/articulation
Taille	Variable	Petit
Forme	Irrégulière	Ronde
Fond	Rouge, bourgeonnant Exsudatif	Pâle, nécrotique Peu exsudatif
Pourtour	Eczéma, IVC (insuffisance veineuse chronique)	AOMI (artériopathie oblitérante des membres inférieurs)
Douleur	Non (sauf infection)	Oui

- Exsudatif = produit par le tissu
- Transsudat = traverse le tissu

## Sémiologie pulmonaire:

- *Analyse d'une dyspnée*

- Le mode de début : brutal ou progressif,
- Les circonstances d'apparition : le caractère spontané ou provoqué (effort, fumée, saison),
- Horaire d'apparition (diurne ou nocturne)
- L'évolution dans le temps : permanente ou paroxystique (évolution par accès ou crises durant de quelques minutes à quelques heures)
- Signes accompagnateurs : (toux, expectoration...)

- *Mesure de la fréquence respiratoire*

→ Compter discrètement le nombre de cycles respiratoire pendant **30 sec** et multiplier par 2

- *Reconnaître une cyanose*

→ Coloration bleutée au niveau des téguments et des muqueuses (lèvres, doigts)

- *Connaître la technique de percussion du thorax*

- **Matité** = un épanchement liquidien ou une condensation des alvéoles.
- **Tympanisme** = un pneumothorax ou un emphysème (augmentation du volume des alvéoles avec destruction de leurs paroi élastique)

- *Savoir reconnaître des râles bronchiques, sibilants, crépitants*

- **Râles bronchiques** (=ronchus) : pas de pathologies particulière
- **Sibilants** : asthme, BPCO +++
- **Crépitants** : condensation alvéolaire (ex : cancer), infections (ex : pneumonie), insuffisance ventriculaire gauche ++

- *Auscultation pulmonaire*

Ne pas oublier le lobe moyen droit en auscultant à l'avant du patient

- *Syndrome pleurétique*

Signes qui traduisent la présence de liquide ou d'air entre les feuillets pleuraux :

- Douleur thoracique LAT irradiant à l'épaule ou à l'abdomen, déclenchée par le changement de position et l'inspiration forte
- Dyspnée
- Toux sèche
- ↘ des vibrations vocales (dites 33)
- Matité si liquidien (épanchement pleural), Tympanisme si aérique (pneumothorax)

- *Syndrome de condensation pulmonaire*

Comblement des alvéoles par un liquide plus ou moins dense (plasma, sang, pus), ou d'une obstruction d'une ou plusieurs bronches → les alvéoles qu'elle approvisionnait en air se ratatinent sur elles-mêmes: c'est l'**atélectasie**.

Syndrome pleurétique (ex : épanchement liquidien)	Condensation alvéolaire
↘ ou Ø du murmure vésicale	↘ ou Ø du murmure vésicale
Matité	Matité
↘ vibrations vocales	↗ vibrations vocales
Crépitants	Crépitants

- *Les 4 grades de la classification NYHA*

- Classe I : Aucune limitation des activités physiques
- Classe II : Symptôme lors d'activités physiques importantes
- Classe III : Symptômes lors d'effort de la vie courante
- Classe IV : Symptômes au repos, accentués par le moindre effort

## Sémiologie gastro-entérologique :

- *Analyse d'une douleur abdominale (10 points)*

- type de douleur : crampe, torsion, brûlure ...
- siège
- irradiations
- intensité
- durée
- horaire
- périodicité
- facteurs déclenchants : repas, positions, médicaments, émotions ...
- facteurs calmants : repas, positions, médicaments ...
- signes associés : nausées, vomissements, fièvre, AEG

- **Savoir inspecter, palper, ausculter, percuter un abdomen**

1) **L'inspection**

- état du patient : calme, agité
- cicatrices
- hernies
- volume de l'abdomen
- état de la peau : ictère, érythème, circulation veineuse collatérale ...
- mouvements respiratoires, ondulations péristaltiques ...

2) **La palpation**

- en commençant par la zone la moins sensible, de la surface vers la profondeur, bimanuelle
- mains réchauffées
- défense ou contracture
- recherche d'une masse palpable
- permet de situer le bord INF du foie (ne se palpe pas toujours)

3) **La percussion**

- matité (ascite, globe vésicale)
- tympanisme (pneumopéritoine)
- permet de situer le bord SUP du foie (ne se palpe pas toujours)

4) **Auscultation**

- bruits hydro-aérique +++
- souffle (tumeur intrahépatique, anévrisme)

- *Savoir examiner les orifices herniaires*

→ **Hernie** = issue de viscères abdominaux contenus dans un sac péritonéal et s'extériorisant par un orifice (collet) au niveau d'une zone de faiblesse de la paroi abdominale

→ **Eventration** = issue de viscères abdominaux contenus dans un sac péritonéal et s'extériorisant par un orifice non naturel de la paroi abdominale (cicatrice, laparotomie etc ...)

→ **Eviscération** = issue de viscères abdominaux au dehors de la cavité péritonéale, provoquée par la désunion d'une plaie opératoire

→ **Diastasis** = écartement de 2 muscles (ex: grands droits), sans orifice véritable, avec issue possibles de viscères abdominaux protégés par un sac péritonéal

- Ombilical
- Inguinaux: au-dessus de la ligne joignant l'EIAS au pubis
- Cruraux: en-dessous de la ligne joignant l'EIAS au pubis

**Hernie étranglée = non réductible → chirurgie**

**1) Inspection**

→ Abdomen normal, sinon tuméfaction (taille variable) :

- réductibilité spontanée
- apparition lors de l'augmentation de la pression abdominale (toux, efforts)
- lors de la position debout
- disparition lors du relâchement (décubitus)

} pour une hernie réductible

**2) Palpation +++**

→ se fait sur le patient **debout puis couché**. Une hernie non compliquée se caractérise par :

- indolore à la palpation
- réductibilité: la pression sur la hernie la fait disparaître
- impulsivité à la toux: la hernie réduite réapparaît

**3) Percussion :**

→ si matité : contenu épiploïque  
si tympanique : grêle, colon

**4) Auscultation :** normale si hernie parfois bruits hydro-aériques

+ Toucher rectal

+ Examen systématique des autres orifices herniaires

- *Savoir reconnaître une défense*

→ Défense = réaction pariétale douloureuse à la palpation douce de l'abdomen qui **reste dépressible**.

→ Contracture = rigidité abdominale due à une contraction involontaire, douloureuse, **persistante** (le « ventre est de bois »), qui témoigne d'une péritonite

- *Connaissance des renseignements fournis par le toucher rectal*

→ Prévenir le patient avant +++

Malade en décubitus dorsal ou sur le côté, cuisses et genoux fléchis, poings sous les fesses, en lui demandant de pousser

Doigt ganté et lubrifié, avec l'index

→ Regarder :

- D'éventuels abcès, hémorroïdes, parasites
- Le tonus du sphincter anal (lui demander de faire serrer les doigts : syndrome de la queue de cheval)
- La paroi rectale (un effort de poussée permet au rectum de descendre et peut-être mieux examiné)
- Le contenu de l'ampoule rectale: selles, fécalome, sang, tumeur...
- Accès direct au péritoine au niveau du cul-de-sac de Douglas (où seule la paroi rectale s'interpose entre le doigt et le péritoine) : comblement, douleur...
- Face ANT du rectum : recherche d'un bombement, d'une carcinose, du cri du Douglas
- La sensibilité, le volume et la consistance de la prostate chez l'homme (normalement constituée de 2 lobes D et G réguliers et souples, séparés par un sillon médian)
- Les organes pelviens de la femme (masse utérine ou ovarienne qui seront mieux perçus par le toucher vaginal)
- La cloison recto-vaginale
- La présence de sang : rouge (= rectorragie) ou noir (= melena)
- La couleur des selles
- La présence de glaires ou de pus

→ toucher rectal à faire dès que le patient dit qu'il ne sent plus ses selles

- *Palpation et percussion du foie (mesure de la hauteur du foie)*

→ A droite du patient, main droite du côté droit de l'abdomen, parallèle au muscle grand droit, extrémité des doigts en-dessous de la limite inférieure de la matité hépatique.

➤ Bord INF du foie: crête ferme, nette, régulière, lisse

→ Taille du foie:

➤ sur la ligne médio-claviculaire droite, **<12 cm** normalement

Débord sous-costal droit (nul normalement)

Débord sous-xyphoïdien (jusqu'à 3cm)

→ Etude face ANT: régulière/bosselée, consistance mousse/ferme/dur, sensible ou non

→ Etude bord INF: mousse ou tranchant

- *Savoir reconnaître une ascite*

Ascite = épanchement liquidien intra-péritonéal

**1) Inspection**

→ Augmentation du volume de l'abdomen, qui pointe vers l'avant (l'abdomen est distendu à cause de l'accumulation de liquide)

→ Déplissement de l'ombilic pouvant aller jusqu'à la hernie ombilicale

**2) Percussion**

→ Matité de l'abdomen, mobile (changeant avec la position du malade)

**3) Palpation**

→ Signes du flot : transmission transabdominale liquidienne d'une pression controlatérale

→ Signe du glaçon (ascite moyenne abondance) : choc en retour due à la remontée du foie au sein du liquide d'ascite

➤ **Signes associés :**

- œdèmes diffus, en rapport avec la rétention hydrosodée de l'insuffisance hépatique

- dyspnée, en rapport avec une ascite volumineuse qui pousse le diaphragme vers le haut ce qui comprime les poumons

➤ **Echographie :** confirme toujours le diagnostic

- *Signes d'insuffisance hépato-cellulaire*

- Ongles blancs
- Hippocratisme digital
- Angiomes stellaires
- Erythrose palmaire
- Gynécomastie
- Ictère (peau jaune)
- Encéphalopathie
- Ecchymoses, hémorragies
- Oedèmes
- Hypoglycémies

- *Signes d'hypertension portale*

- Circulation veineuse collatérale
- Splénomégalie
- Ascite
- (syndrome de Cruveilhier-Baumgarten)

- *Diarrhée*

→ augmentation du poids des selles : >300g/24h

A distinguer du syndrome dysentérique : selles fréquentes, afécales, sang + glaires, ténésme (envie d'aller à la selle) et parfois épreinte (douleur abdominale de type colique s'accompagnant d'une contraction douloureuse et répétitive de la partie terminale du côlon et du rectum s'achevant par une fausse envie pressante et impérieuse d'aller à la selle).

➤ **Interrogatoire**

- 1) Evolution générale de la diarrhée
  - date d'apparition
  - début brutal ou progressif, évolution continue ou intermittente
  - efficacité des traitements
- 2) Caractères de la diarrhée
  - nb de selles
  - caractère impérieux
  - horaire : matinal, post-prandial, nocturne, aspect des selles
  - éléments anormaux
  - facteurs favorisants
- 3) Retentissement sur l'état général, signes associés
- 4) Distinction aiguë/chronique
  - aiguë : coprocultures, EPS
  - chronique : coloscopie (98% origine colique)

➤ **Examen clinique** : complet + toucher rectal + recherche des signes de déshydratation

- **Constipation**

→ Diminution de la fréquence des selles : (1 à 2 selles/24h normalement)

→ Généralement diminution de l'hydratation (selles dures, peu volumineuses)

➤ **Mécanisme, 2 phénomènes :**

1) Ralentissement du transit

→ obstacle

→ trouble du péristaltisme

2) Diminution ou disparition des phénomènes d'exonération (Dyschésie): insensibilité rectale à la distension

➤ **Etiologies :**

- Constipation organique:

→ Attention au cancer colo-rectal +++, surtout si alternance diarrhée-constipation

- Constipation fonctionnelle, fréquent +

→ Ancienne, + douleurs abdominal et ballonnements

→ Mégacôlon, origine médicamenteuse, idiopathique

➤ **Interrogatoire:**

- Fréquence, aspect

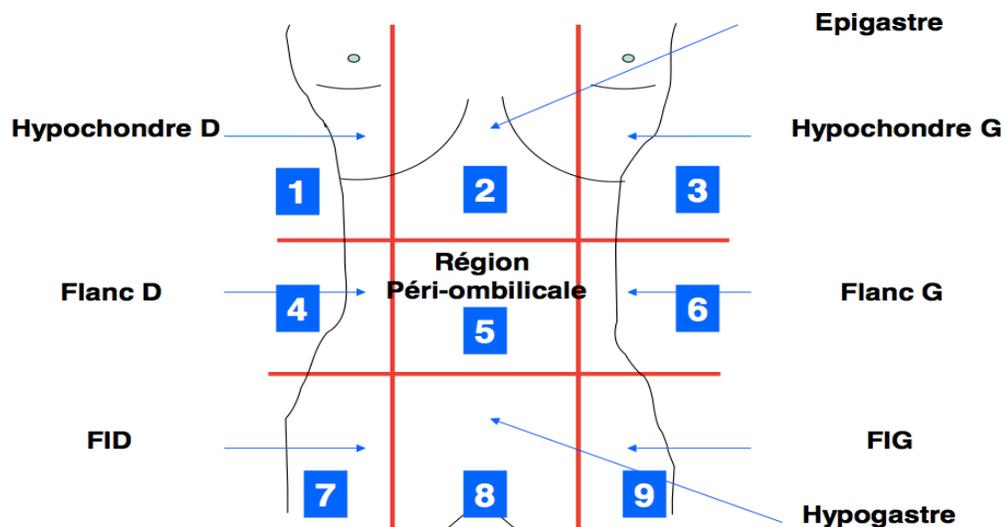
- Date d'apparition +

- Signes associés, rechercher AEG

➤ **Examen clinique + toucher rectal**

➤ **Examen complémentaires:** coloscopie à discuter

- **L'abdomen est divisé en 9 régions :**



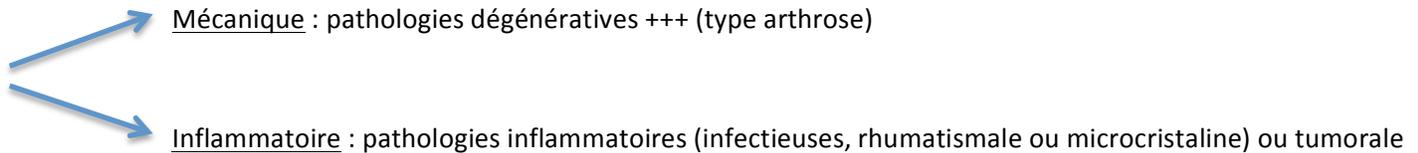
• *Les différentes douleurs abdominales*

	<b>Douleur de reflux gastro-oesophagien</b>	<b>Douleur ulcéreuse</b>	<b>Douleur biliaire</b>	<b>Douleur pancréatique</b>	<b>Douleur colique</b>	<b>Douleur rénale</b>	<b>Douleur gynécologique</b>
<b>Siège</b>	Epigastre	Epigastre	Epigastre ou hypochondre D	Epigastre ou hypochondre G	Cadre colique, épigastre ou hypogastrique	Lombaire	Hypogastre
<b>Type</b>	Brulure	Brulures ou crampes	Torsion, crampe ou broiement	Crampe	Paroxystique, début brutal, brève	Striction	Variable, pesanteur
<b>Irradiations</b>	Rétrosternale jusqu'à la base du cou	/	Epaule D, omoplate D, dos	Dorsale, transfixiante	Cadre colique	Aine, OGE	Lombaires, rectales, membre inf
<b>Intensité</b>	++	+++	+++	+++	++	++	Variable
<b>Durée</b>	Quelques secondes, minutes	30min/2h	Prolongée, plusieurs heures	Variable, prolongée	Quelques minute/heure	Nocturne	Variable
<b>Horaire</b>	Post-prandial ++	A jeun, peuvent réveiller	/	/	Post-prandial immédiat +++	Plusieurs heures	/
<b>Périodicité</b>	/	/	/	/	/	/	Menstruations
<b>Facteurs déclenchan ts</b>	Antéflexion, décubitus +++	Jeûne, sensation de faim	Aggravée à l'inspiration → inhibition respiration typique et ± repos	Prise d'alcool et d'aliments	Multiple, bol alimentaire ++	/	Menstruations , rapports sexuels, stérilet, touchers pelviens
<b>Facteurs calmants</b>	/	Aliments, médicaments anti-acides	/	Antéflexion	Gaz, selles	Antispasmodiques	/
<b>Signes associés</b>	Régurgitations acides, éructations, signes respiratoires	/	Vomissements	Diarrhée, vomissements, amaigrissement rapide	Gargouillis abdominal, troubles du transit, ballonnements	Dysurie, pollakiurie	Leucorrhées, signes urinaires ou rectaux

## Sémiologie ostéo-articulaire:

- *Connaître les douleurs d'horaire mécanique et inflammatoire*

Mécanique	Inflammatoire
<ul style="list-style-type: none"> <li>- lors des mouvements, à l'effort</li> <li>- calmée par le repos</li> <li>- max en <u>fin de journée</u></li> <li>- <b>ne</b> réveille <b>pas</b> la nuit (sauf en cas de mouvements)</li> <li>- début souvent <u>progressif</u></li> <li>- son intensité <math>\nearrow</math> au cours de la journée</li> <li>- pas de dérouillage matinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- spontanée, <b>non</b> influencée par l'effort</li> <li>- <b>non</b> calmée par le repos</li> <li>- max le <u>matin</u></li> <li>- réveille la nuit (2<sup>ème</sup> partie)</li> <li>- début souvent <u>brutal</u></li> <li>- son intensité <math>\searrow</math> au cours de la journée</li> <li>- <b>dérouillage matinal</b> &gt; 15min (raideur articulaire qui cède après une période d'activité)</li> </ul>



- *Savoir rechercher un choc rotulien*

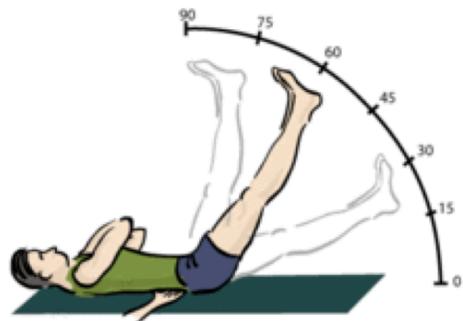
→ Signe la présence de liquide dans l'articulation.

Ce liquide peut être inflammatoire (ex : rupture du ligament croisé), infectieux (ex : arthrite septique) ou du sang (hémarthrose du genou)

→ On appui sur la rotule, elle va s'enfoncer dans le liquide et venir buter sur la trochlée. En relâchant la pression, elle va remonter comme le ferait un glaçon dans un verre d'eau.

- *Savoir pratiquer la manœuvre de Lasèque*

→ douleur apparaissant entre la zone lombaire et le pied lorsque la jambe du patient allongé est relevée tendue. Signe de la sciatique L5-S1  
 Signe de la cruralgie L3-L4  
 (manœuvre de Léry) se recherche en décubitus ventral.



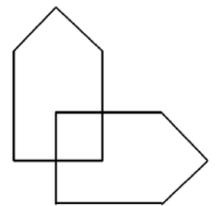
## Systeme nerveux :

- *Examen neurologique normal*

On regarde :

- L'état cognitif : mémoire, fonctions executives/attention, fonctions instrumentales : langage, praxies (coordination et adaptation des mouvements volontaires), visuo-spatiales
  - MMS : global
  - BREF : fonctions executives
  - 5 mots de Dubois : mémoire
  - Horloge, cube : fonctions visuelles et spatiales/executives
- L'écriture
- Les céphalées
- La marche
  - démarche
  - tonus général
- Motricité
  - testing
- Sensibilité
  - thermo-algique : avec un tube chaud et froid
  - tact fin (épicritique) : pique-touche
  - tact grossier (protopathique)
  - vibratoire : diapason
  - proprioceptive : sens position du gros orteil et préhension aveugle
- Les paires crâniennes
- ROT, RCP (réflexe cutanée plantaire)
- Syndrome cérébelleux
  - dysmétrie, nystagmus, adiadococinésie, ataxie, hypotonie ...
- Syndrome pyramidal
  - spastique, trépilation, clonus, barre, main creuse, babinski, hoffman
- Syndrome parkinsonien
  - tremblement de repos, akinésie, micrographie
- Mouvements anormaux

MMS :



- *Savoir apprécier le tonus musculaire*

→ Evaluer par :

- le balancement des bras lors de la marche
- l'attitude lors de la station debout

→ Examen comparatif d'un hémicorps à l'autre

➤ **Hypotonie :**

- lésion musculaire primitive
- atteinte du nerf périphérique
- central (syndrome cérébelleux)

➤ **Hypertonie :**

- spastique ou élastique (syndrome pyramidal)
- plastique, en « tuyau de plomb », ou en roue dentée, homogène et continue, pendant tout le mouvement passif (syndrome extra-pyramidale)

- *Savoir rechercher les réflexes ostéo-tendineux et le réflexe cutané plantaire*

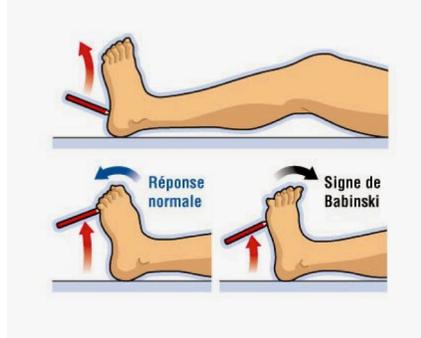
- Membre supérieur :

Racine	Réflexe	Déficit moteur	Territoire sensitif
C5	bicipital	deltoïde	épaule
C6	stylo-radial	flexion	face EXT du bras + pouce
C7	tricipital	extension triceps	face POST du bras + doigts 2 et 3
C8/T1	cubito-pronateur	flexion des doigts interosseux	face INT du bras + doigts 4 et 5

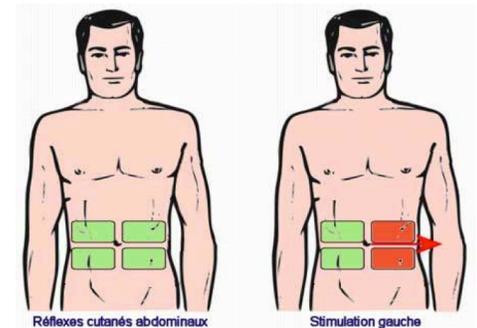
- Membre inférieur :

Racine	Réflexe	Déficit moteur	Territoire sensitif
L3	/	psoas	face INT de la cuisse
L4	rotulien	quadriceps	face ANT de la cuisse + face INT du genou
L5	/	moyen fessier + tibial ANT + fibulaires + extenseurs des orteils et de l'hallux	face EXT de la cuisse + face SUP du pied
S1	achilléen	grand fessier + tibial POST + triceps sural + fléchisseurs des orteils et de l'hallux	face POST de la jambe + face INF du pied

- **Réflexe cutané plantaire :**



- **Réflexe cutané abdominaux :** Stimulation des muscles abdominaux qui doivent se contracter, ce qui provoque également une déviation de l'ombilic en direction de la zone stimulée.  
Les zones sus ombilicales correspondent aux racines nerveuses T8-T10 et les zones sous ombilicales aux racines T10-T12.



- **Réflexe naso-palpébral :** fermeture bilatérale des paupières lors de la percussion de la racine du nez

- **Syndrome pyramidal**

Les symptômes du syndrome pyramidal sont :

- Démarche fauchante
- Hypertonie élastique ou spastique
- ROT vifs, diffus, polycinétique et élargissement de la zone réflexogène
- Trépidation épileptoïde (= contraction incontrôlable et répétée d'un muscle déclenchée par son étirement, pied +++)
- Signe de Babinsky au membre INF + signe de Hoffman au membre SUP
- Abolition des réflexes cutané-abdominaux

→ touche les muscles anti-gravitaires : fléchisseurs aux membre SUP et extenseurs au membre INF

- *Syndrome extra-pyramidal*

→ Parkinson ++

Les symptômes sont :

- Tremblement de repos
- Akinésie (=lenteur d'initiation des mouvements), test des marionnettes
- Hypertonie plastique ou en roue dentée
- Manœuvre de Froment positive (tenir une feuille entre ses mains)
- Reflexe naso-palpébral inépuisable

- *Syndrome cérébelleux*

Les symptômes sont :

- **Hypotonie** : les réflexes peuvent paraître un peu vifs et pendulaires

- **Ataxie cérébelleuse** :

(ataxie = absence ou difficulté de coordination des mouvements volontaires)

- Elargissement du polygone de sustentation
- Danse des tendons
- Démarche « pseudo ébrieuse »

- **Trouble de l'exécution des mouvements**

- Dismétrie/Hypermétrie (man œuvre doigt-nez/talon-genou)
- Dyschronométrie (=exécution avec retard des actes volontaires)
- Adiadococinésie : difficulté ou impossibilité à effectuer rapidement des mouvements alternatifs, au mieux mise en évidence par la manœuvre des marionnettes
- Tremblement d'action (manœuvre doigt-nez)
- Asynergie (= ensemble des troubles de la coordination dans l'espace. Elle exprime l'impossibilité d'associer des mouvements élémentaires)

- **Dysarthrie** (= trouble de l'articulation de la parole)

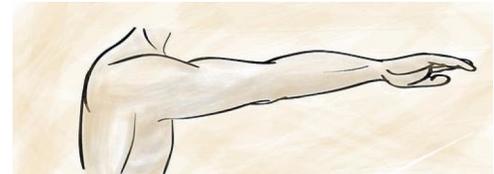
- *Recherche d'un déficit moteur*

- Amyotrophie/Hypertrophie
- Fasciculations : secousses musculaires en éclair qui apparaissent spontanément sur le muscle au repos ou sont favorisées par l'exposition au froid.  
Activité spontanée d'une unité motrice
- Myokymies : secousses musculaires plus prolongées, plus lentes  
Peuvent être en relation avec un trouble métabolique général ou la compression d'une racine ou d'un nerf
- Signe du tabouret : passage de la position accroupie à debout sans l'aide des mains



- Manœuvre de Barré :

- Soit en décubitus ventral, genoux pliés, et doit garder les jambes à la verticale
- Soit debout/assis avec les bras à l'horizontal, coudes tendus, poignets en dorsiflexion maximale



- Manœuvre de Mingazzini : le patient est en décubitus dorsal, les hanches et les genoux fléchis à 90°.



➤ **Déficit musculaire :**

0 = ∅ Contraction

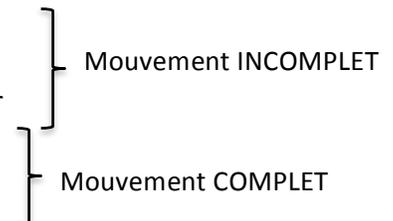
1 = Contraction visible mais n'entraînant aucun mouvement

2 = Contraction permettant le mouvement en l'absence de pesanteur

3 = Contraction permettant le mouvement contre la pesanteur

4 = Contraction permettant le mouvement contre résistance

5 = Force musculaire normale



- *Recherche d'un déficit sensitif*

- **Système lemniscal/voie cordonale POST**

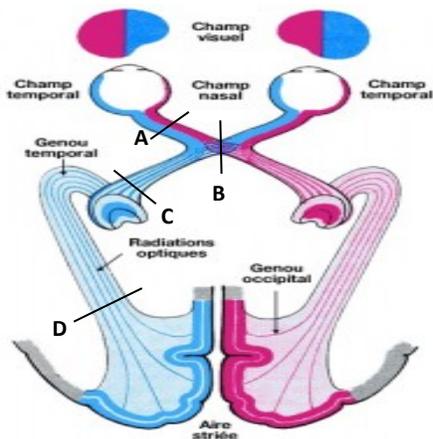
- tact épicritique
- sensibilité profonde proprioceptive
- sens de position du gros orteil/pallesthésie/le sujet se tient debout, marche, aggravation lors de l'occlusion des yeux

- **Système antéro-latéral (extra-lemniscal)**

- sensibilité thermo-algique
- tact protopathique

- *Recherche d'un déficit au niveau des paires crâniennes*

- **I** = Nerf olfactif → anosmie/hyposmie
- **II** = Nerf optique → cécité monoculaire, abolition des RPM (réflexes photo-moteurs) directs et consensuels
- **III** = Nerf oculomoteur commun → nerf oculomoteur
- **IV** = Nerf pathétique (trochléaire) → nerf oculomoteur
- **V** = Nerf trijumeau → innervation sensitive de la face et motricité des muscles masticateurs
- **VI** = Nerf oculomoteur externe (abducens) → nerf oculomoteur
- **VII** = Nerf facial → mixte : motricité de la face + partie sensitive
- **VII bis** = Nerf intermédiaire de Wrisberg
- **VIII** = Nerf vestibulo-cochléaire → syndrome vestibulaire central, surdité/hypoacousie de perception ± acouphène
- **IX** = Nerf glosso-pharyngien → innervation sensitive et motrice du carrefour vélo-pharyngo-laryngé, SCM et trapèzes
- **X** = Nerf vague (pneumogastrique) → même chose
- **XI** = Nerf spinal → même chose
- **XII** = Nerf hypoglosse → muscle protracteur de la langue



A : lésion du nerf optique → cécité monoculaire

B : lésion chiasmatique → hémianopsie bi-temporale

C : lésion radiations optiques gauches → hémianopsie latérale homonyme droite

D : lésion bandelettes optiques gauches → HLH droite

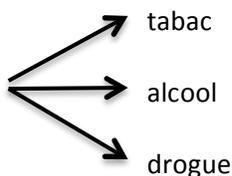
## Rédaction observation:

- *Connaître le plan de l'observation médicale*

- Date, nom, fonction
- Motif d'hospitalisation
- ATCD du patient :
  - médicaux
  - chirurgicaux
  - gynécologique/obstétrique (gestes et parités)
  - dermatologique
  - etc→ dates, hospitalisation, traitements
- ATCD familiaux
  - problèmes cardio-vasculaires
  - diabète, HTA, dyslipidémie
  - maladies inflammatoires
  - maladies auto-immunes
  - maladies neurologiques
  - cancers et âge de survenue
- Traitements actuels (posologie), allergies (au médicaments, produits de contrastes, iode, alimentaire, pollen) ET le type d'allergies
- Mode de vie
- Histoire de la maladie (siège, horaire, I, facteurs favorisants etc)
  - si inflammatoire : infection ces derniers temps ?
  - cancer ? poids perdu, asthénie, anorexie, amaigrissement ?
- Examen clinique
- Inspection, palpation, percussion, auscultation
- Examen complémentaire
- Conclusion (suspicion de ...) + conduite à tenir

**ATTENTION** : ne pas oublier

→ l'exposition à des toxiques



→ PA= nbs paquets/j x durée (années)

→ Quantité (g) = volume (mL) x degré d'alcool x 0,8

→ excessif si : > 20 g/L chez la femme

> 30 g/L chez l'homme

→ la profession

→ les voyages à l'étranger

→ les circonstances de vie

→ le poids et la taille +++