

- ▷ extension régionale : atteinte des ganglions situés à proximité de la tumeur maligne d'origine ;
- ▷ extension à distance (métastases) : c'est le risque évolutif de la majorité des cancers avec dissémination dans l'organisme et localisation préférentielle aux organes bien vascularisés. La dissémination des cellules cancéreuses à partir de la tumeur initiale se fait souvent par les vaisseaux sanguins (dissémination hématogène), parfois lymphatiques, ou par contiguïté :
 - localisation primitive et secondaire : la localisation primitive d'une tumeur est le site de départ du cancer. Les localisations secondaires sont les sites métastatiques (poumon, cerveau, os...);
 - synchrone/métachrone : ces termes sont utilisés pour qualifier le moment de découverte des métastases ou d'un autre cancer par rapport à celui du primitif. Lorsque les métastases sont découvertes en même temps que la tumeur primitive, on parle de métastases synchrones (ou cancer d'emblée métastatique). Lorsque les métastases apparaissent alors que le cancer primitif est déjà connu, on parle de métastases métachrones ;
 - syndrome paranéoplasique : manifestations cliniques survenant au cours d'un cancer et sans lien avec l'organe touché initialement. Ces manifestations sont souvent diffuses (endocrines, neurologiques, hématologiques...).

♦ Sémiologie

La sémiologie est l'étude des **symptômes** (plaintes exprimées par le malade) et des **signes** des maladies. Elle s'intéresse donc aux signes cliniques recherchés par l'examen clinique.

♦ Examen clinique

L'examen clinique se déroule en 2 temps : l'anamnèse ou l'interrogatoire, puis la recherche de signes physiques :

- **l'anamnèse** est essentielle dans l'orientation du diagnostic. Elle a 2 objectifs principaux :
 - ▷ partir de la « plainte » du malade et la préciser. Les symptômes que peut rapporter le malade sont appelés **signes fonctionnels ou SF**. Ce sont les **signes subjectifs qui traduisent l'altération de fonction d'un organe**. L'objectif est de préciser ces symptômes pour orienter le diagnostic (exemple : type de douleur) ;
 - ▷ anamnèse orientée : elle est difficile lorsque les pathologies ne sont pas connues. Elle consiste à poser des questions qui argumenteront ou réfuteront les principales hypothèses. Elle recherche d'autres SF sans lien apparent mais aussi des informations générales tels les antécédents, les facteurs de risque, les traitements... Elle peut donc se dérouler dès le recueil des SF lorsque l'orientation est évidente, après l'examen

physique voire après certains examens complémentaires dans les cas les plus difficiles ;

- **signes fonctionnels** ou **SF** – symptômes : bien différencier les SF rapportés par le patient de ceux recherchés par l'interrogatoire ;
- **signes physiques** ou **SP** : **signes recherchés par les manœuvres d'examen physique**. Il faut toujours raisonner schématiquement, appareil par appareil, avec la séquence **IPPA** (**i**nspection, **p**alpation, **p**ercussion, **a**uscultation). La convention veut que l'on examine le patient en se plaçant toujours sur sa droite ;
- **décubitus** : position « allongé » du malade. On parle de **décubitus dorsal** (sur le dos), latéral (sur le côté droit ou gauche), ventral ou **procubitus** (sur le ventre), déclive (tête plus haut que les pieds) ou proclive (tête en bas).
- ♦ **Syndrome**
C'est un **ensemble de symptômes et/ou de signes physiques**. Il porte souvent le nom du médecin qui l'a découvert et il oriente vers une cause ou un groupe de causes.

2 Méthode d'apprentissage de la sémiologie

Ce qui est attendu de l'étudiant : les objectifs sont différents en fonction du cursus de l'étudiant.

- ♦ **Un étudiant en DFGSM2 (ex-P2) ou DFGSM3 (ex-D1)** qui ne connaît pas la pathologie devra apprendre la sémiologie essentiellement par l'acquisition du vocabulaire et la recherche des signes physiques. Il est nécessaire de savoir énumérer les SF de chaque appareil. Il faut essayer d'être systématique et ne rien oublier. La partie 4 « Check-list » vous aidera au lit du malade. Il faut également bien comprendre le raisonnement de l'examen clinique et vous l'approprier.
- ♦ **Pendant l'externat**, l'apprentissage des pathologies permet de revenir sur une sémiologie orientée qui se rapproche de ce que fait un médecin en consultation. L'anamnèse permet de sélectionner 2 ou 3 étiologies qui seront argumentées par l'examen physique et, si nécessaire, par des examens complémentaires.
Il ne s'agit pas de réaliser un examen clinique exhaustif mais de rechercher les informations et les signes physiques qui peuvent modifier la prise en charge, sans se perdre dans les détails.
Il s'agit également d'éliminer les **pathologies fréquentes et/ou graves**. Cet examen n'est possible que lorsque les pathologies sont suffisamment connues et lorsque l'étudiant connaît l'ensemble des tableaux cliniques.
- ♦ **Pour un étudiant en fin de deuxième cycle** qui prépare les ECN, l'objectif est une révision des tableaux sémiologiques en mots-clés.

À noter qu'une connaissance minimum de l'anatomie est nécessaire pour comprendre chaque appareil.

3 Valeur des tests en médecine

La valeur des différents éléments de l'examen clinique et des examens complémentaires peut être appréciée par différents paramètres, reflétant l'intérêt ou non d'un signe clinique, d'une manœuvre d'examen physique, d'une radiographie... Ces éléments sont systématiquement pris en compte dans cet ouvrage.

Pour l'examen clinique, l'intérêt est de rechercher des signes qui apporteront une aide importante pour affirmer ou éliminer un syndrome, une hypothèse étiologique. Pour les examens complémentaires, il faut prendre en considération que certains examens lourds peuvent nuire au malade, et **favoriser les examens non invasifs**.

On différencie également l'ordre de réalisation des examens. Lorsqu'on cherche à dépister une maladie dans une grande population, on ne peut effectuer un **test invasif** ou un test qui dépiste des « **faux-positifs** » (non malade ayant un examen de dépistage positif) car les autres examens qui chercheront à confirmer la maladie seront invasifs. De même, il faut éviter de passer à côté de certains malades, les **faux négatifs** (personnes malades mais test négatif).

On définit ainsi les résultats possibles pour une manœuvre d'examen clinique ou un examen complémentaire, dans une population donnée et en comparaison avec un test de référence qui affirme le diagnostic de maladie ou non (*gold standard*) :

	Test positif T+	Test négatif T-	
Malades M	Vrais positifs VP	Faux négatifs FN	Sensibilité = $VP/(VP + FN)$
Non malades NM	Faux positifs FP	Vrais négatifs VN	Spécificité = $VN/(VN + FP)$
	$VPP = VP/(VP + FP)$	$VPN = VN/(VN + FN)$	

On définit ainsi les paramètres suivants :

- ♦ **sensibilité** : proportion de malades détectés par le test ou probabilité que le test soit positif lorsqu'on est malade soit $VP/(VP + FN)$;
- ♦ **spécificité** : proportion de sujets sains détectés ou probabilité que le test soit négatif lorsqu'on est pas malade soit $VN/(VN + FP)$;
- ♦ **VPP** (valeur prédictive positive) : probabilité d'être malade sachant que le test est positif soit $VP/(VP + FP)$;

- ♦ **VPN** (valeur prédictive négative) : probabilité d'être sain sachant que le test est négatif soit $VN/(VN + FN)$.

La sensibilité et spécificité ne varient pas pour un test. Dans l'idéal, un test doit être très sensible et spécifique mais cela existe rarement. En pratique, on utilise **un test très sensible en dépistage pour éviter les FN** et **un test très spécifique pour confirmer une suspicion de maladie pour minimiser les FP**. On parle de **test pathognomonique** lorsque la présence d'un signe affirme un diagnostic. Cependant, ces données décrivent les caractéristiques d'un test dans une population où la fréquence de la maladie est connue et servent principalement à dégager des stratégies de dépistage ou de diagnostic.

La VPP et VPN permettent d'apprécier en quoi le test augmente ou diminue la probabilité d'un diagnostic selon son résultat. Cependant, les valeurs de VPP et VPN varient selon la prévalence de la maladie.

Par exemple, suspecter une insuffisance cardiaque dans une population de sujets jeunes comparée à des sujets après 80 ans modifie les valeurs de VPP et VPN. Le test doit donc être validé dans une population donnée et ne sera pas valable dans d'autres. **Une forte VPP confirmera le diagnostic** (en cas de positivité du test), **une forte VPN l'éliminera** (en cas de négativité du test).

D'autres paramètres reflètent l'intérêt d'un test pour confirmer ou réfuter un diagnostic et en particulier les **rapports de vraisemblance** (RV). Ils permettent de connaître la probabilité de la maladie après un ou plusieurs tests en connaissant les caractéristiques invariables (sensibilité et spécificité) et la prévalence a priori (probabilité initiale de maladie dans la population dont est issu le malade) :

- ♦ **RV+ positif** : pour un test positif, fraction de VP/fraction de FP soit $sensibilité/(1 - spécificité)$. Ainsi un RV supérieur à 1 augmente la probabilité d'avoir la maladie de RV+ fois ;
- ♦ **RV- négatif** : pour un test négatif, fraction de FN/fraction de VN soit $(1 - sensibilité)/spécificité$. Ainsi un RV inférieur à 1 diminue la probabilité d'avoir la maladie de RV- fois.

Ces données sont principalement utilisées dans les essais cliniques. Dans la pratique courante, ils permettent de déterminer les signes cliniques utiles ou inutiles, les examens complémentaires essentiels ou non devant une situation clinique.

Observation médicale

2

1 Introduction

C'est la trace écrite et mise en forme de l'examen clinique et de la réflexion qui en découle.

Son plan est précis, mais l'ordre va varier en fonction de l'expérience du clinicien.

- ♦ Pour l'étudiant en début de cursus médical : les pathologies n'étant quasiment pas connues, il faut s'efforcer d'être exhaustif et systématique en examinant tous les appareils rigoureusement (*cf. chapitre 23, Check-list*), s'habituer au vocabulaire, rassembler les symptômes et signes en syndromes. Les observations sont nécessairement peu orientées par méconnaissance des maladies et beaucoup d'informations peu utiles seront recueillies, ce n'est pas grave !
- ♦ Pour l'étudiant en fin de cursus et le jeune interne : les pathologies sont globalement connues et le temps disponible pour examiner le patient est important, comparé à une consultation programmée. L'examen doit être orienté par l'anamnèse et par un examen clinique complet. Les hypothèses diagnostiques doivent être argumentées et une conduite à tenir diagnostique et thérapeutique doit être dégagée.
- ♦ Pour le médecin confirmé généraliste ou spécialiste ou pour l'interne aux urgences : les pathologies sont connues et les délais nécessitent d'axer son examen clinique sur la pathologie ayant motivé le patient à consulter. On commence par l'histoire de la maladie détaillée. Celle-ci permet généralement de dégager des hypothèses diagnostiques qu'on étayera ou réfutera par des questions précises orientées et discriminantes sur le symptôme, les antécédents, les traitements pris... L'examen clinique vient, lui, corroborer les hypothèses diagnostiques. Il recherche avant tout les **signes de gravité** imposant des traitements immédiats ou une hospitalisation, a fortiori en contexte aigu, puis il étudie les appareils symptomatiques.

2 Intérêt de l'examen clinique

Pendant le cursus médical, la place de l'examen clinique va beaucoup varier pour l'étudiant.

Au début, il est au centre puisque non connu et il sera l'objet d'un investissement important pour acquérir le vocabulaire et la réalisation pratique de l'examen physique.

Lorsque vient l'externat, la place est donnée à l'apprentissage des pathologies en considérant que l'examen clinique est acquis (ce qui est rarement le cas). L'étudiant se trouve alors face à une somme de connaissances à acquérir et n'a plus le temps de revenir sur l'examen clinique. De plus, il apprend, avec beaucoup d'admiration, toutes les nouvelles techniques complémentaires (biologie, imagerie...) pour faire le diagnostic au détriment de l'examen clinique.

Enfin, lorsqu'on devient praticien, confronté aux limites administratives ou techniques des examens complémentaires, on souhaite raisonner à nouveau cliniquement.

Pour étayer l'importance de l'anamnèse, 2 petits clins d'œil :

- ♦ de nombreux professeurs se sont approprié l'**aphorisme d'Alajouanine** : « Si vous n'avez pas fait votre diagnostic à l'interrogatoire, vous ne le ferez jamais. » Ce n'est pas si caricatural que ça en a l'air ;
- ♦ plusieurs études concernant l'**efficacité diagnostique de l'examen clinique** pour divers symptômes ont démontré l'importance de l'anamnèse et des signes physiques, reléguant l'impact des examens complémentaires au second plan ou dans le but de se rassurer : Roshan et Rao, en 2001, ont montré que dans 79 % des cas, l'anamnèse suffisait à faire le diagnostic. Dans 8 % des cas, c'est au stade de l'examen physique que le diagnostic a été fait et dans seulement 13 % avec les examens complémentaires ; Peterson et Holbrook en 1992 avaient déjà donné des chiffres semblables : 76 % pour l'anamnèse, 12 % pour l'examen physique et 11 % pour les examens complémentaires.

Prenez du temps pour interroger vos malades et surtout, **adaptez votre langage** à leur niveau de compréhension.

Pour les patients non communicants ou ne parlant pas une langue commune, il est primordial de se renseigner auprès de l'entourage proche, des médecins, en faisant appel à un interprète (téléphonique ou personne physique) ou en récupérant les dossiers précédents s'ils existent.

3 Écriture de l'observation médicale

Sur le plan formel, quelques conseils :



- ♦ écrire très lisiblement ;
- ♦ éviter les phrases, les abréviations, ou n'utiliser que celles qui sont communément admises et connues par tous les médecins (HTA, P, HIC...). Attention, certaines abréviations n'ont pas le même sens en fonction de la spécialité (BAV : bloc auriculo-ventriculaire en cardiologie, baisse d'acuité visuelle en ophtalmologie) : cf. la liste, p. XIX ;

- ♦ faire ressortir le plan;
- ♦ éviter les approximations et les termes non médicaux : « bilan », « a priori... »

Pour l'étudiant en formation, il est nécessaire de tout détailler, par exemple :

- ♦ **ne pas noter** « absence de syndrome méningé » sans en préciser la justification (on est donc sûr d'avoir recherché ces manœuvres : pas de céphalée, pas de vomissement, pas de photo-phonophobie, pas de raideur de nuque, pas de signe de Kernig...);
- ♦ **ne pas noter** « examen des nerfs crâniens normal », mais énumérer chaque nerf crânien testé et, pour chacun d'eux, les manœuvres et les résultats. En général, l'examen complet des nerfs crâniens est long à assimiler; il faut donc savoir rester humble et ne noter que ce que l'on connaît.

En étant relu par un senior, vous pourrez obtenir des critiques constructives. L'effort réalisé en se récitant l'ensemble de l'examen clinique permet, lors de chaque révision, appareil par appareil, de se rendre compte de ce qui a été acquis ou oublié.

4 Plan de l'observation médicale

Le plan minimal d'une observation est le suivant :



- ♦ date et identification du clinicien;
- ♦ motif de consultation ou d'hospitalisation;
- ♦ anamnèse systématique;
- ♦ anamnèse orientée;
- ♦ examen physique;
- ♦ résultats des examens complémentaires déjà effectués : biologie, imagerie, endoscopie ou autre;
- ♦ conclusion avec résumé et regroupement syndromique, hypothèses étiologiques argumentées, conduites à tenir diagnostique et thérapeutique.

5 Conclusion

La conclusion est une étape très importante pour laquelle il est nécessaire de passer du temps et de faire des propositions, sans avoir peur de se tromper.

Vous avez le droit de noter vos réflexions dans le dossier médical et celles-ci ne seront pas transmises lorsque le malade demande l'accès à son dossier. C'est ainsi qu'on apprend à résumer l'examen clinique avec les informations importantes, proposer des diagnostics et les modalités pour le confirmer, puis proposer un traitement.

C'est en faisant des erreurs que l'on progresse, donc plus « on se mouille », meilleur sera l'apprentissage.

6 L'observation médicale en pratique

Voici une manière conseillée de présenter une observation médicale et un contenu minimal :

- ♦ observation médicale (titre);
- ♦ date;
- ♦ heure (la nuit ou en cas de modification rapide de l'état de santé du patient);
- ♦ nom du clinicien (qualification : étudiant, externe...);
- ♦ M. ou Mme D, âge, consulte pour... ou est hospitalisé pour...; puis :
 - décrire les symptômes ayant nécessité un avis médical si diagnostic non fait;
 - donner le diagnostic si déjà fait (attention, toujours vérifier comment il a été posé et remettre en question les informations de tiers);
 - investigations complémentaires : en détaillant (endoscopie...);
 - traitement d'une pathologie donnée : perfusion de médicament, chimiothérapie...
- ♦ coordonnées des médecins (généraliste, spécialiste) : nécessaires pour les informer de la consultation ou de l'hospitalisation de leur malade ou leur demander des informations médicales;
- ♦ **personne de confiance** et coordonnées : c'est une personne choisie par le patient, qui peut accompagner celui-ci pendant l'hospitalisation et qui doit être consultée lorsque le patient ne peut pas communiquer. C'est un droit du patient et c'est un devoir du médecin de proposer cette personne de confiance.

6.1. Interrogatoire général ou systématique

Il peut au choix débiter par l'histoire de la maladie (conseillé car il permet de cibler les antécédents pertinents, de poser des questions orientées sur le mode de vie...), ou terminer par celle-ci. L'interrogatoire doit dans tous les cas comporter les informations suivantes.

6.1.1. *HDM (histoire de la maladie)*

C'est le **recueil des informations concernant l'épisode actuel**.

L'histoire traduit les plaintes du malade (signes fonctionnels) ayant motivé la consultation en termes médicaux et elle précise pour chacune ses caractéristiques (apparies pour chaque appareil).

Elle précise également la chronologie avec les dates. Lorsque deux maladies évoluent sans lien apparent, on séparera volontiers l'histoire de chacune. On note également si des traitements ont déjà été administrés pour ces symptômes, leur efficacité, leur durée...

Le but à ce stade est seulement de préciser les symptômes spontanément rapportés par le patient. Il vaut mieux éviter d'en rechercher d'autres car il est facile de se perdre et d'oublier les symptômes qui sont au-devant de la scène. On doit prendre en compte ce critère de symptôme prédominant car le but premier est de soulager le patient des symptômes les plus gênants.

6.1.2. *ATCD (antécédents)*

Ce sont les **antériorités**, les maladies dont souffre ou dont a souffert le malade.

Demander « Avez-vous des antécédents ? » ne suffit pas. La majorité répondront non alors qu'en creusant un peu, on trouve beaucoup de renseignements.

L'idéal est de rechercher les antécédents apportant des arguments pour le diagnostic. Par exemple, devant une jambe tuméfiée inflammatoire, demander au patient s'il a des antécédents de phlébite ou d'embolie pulmonaire, s'il a été alité ou opéré récemment est capital.

On pourra également rechercher plus tard certains antécédents sélectivement, par exemple, au moment de prescrire un traitement (vérifier l'absence d'allergie...).

Néanmoins, certaines questions simples permettent d'obtenir les informations principales.

♦ **ATCD personnels médicaux :**

« Êtes-vous suivi pour une ou pour plusieurs maladies ? Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà consulté un médecin ? Pour quelles raisons ? »

Toujours préciser la **chronologie** et les dates, si possible le lieu du suivi, le nom du médecin, les **traitements administrés** et leur **efficacité**, les **séquelles** en cas de pathologie sévère ou à risque de guérison partielle (AVC, brûlure, IDM...).

♦ **ATCD chirurgicaux :**

« Avez-vous déjà été opéré ? » Préciser alors le type d'intervention en termes chirurgicaux, la chronologie, le site anatomique, les éventuelles complications du geste opératoire.

- ♦ **Allergies** : surtout **médicamenteuses**, en précisant les symptômes ayant fait porter le diagnostic d'allergie à tel médicament. En effet, il est extrêmement fréquent que le patient attribue lui-même le terme d'allergie à des effets secondaires classiques et cette information fautive peut ensuite se transmettre d'hospitalisation en hospitalisation. Or, certains traitements sont parfois d'une nécessité vitale (antibiotiques, aspirine...).
- ♦ **ATCD gynécologiques** : demander si la patiente a un suivi régulier, notamment frottis et mammographie (après 50 ans tous les 2 ans). Le cas échéant, on expliquera l'utilité du dépistage à la patiente et on l'orientera (après l'avoir examinée) vers un gynécologue.

Les informations importantes :

- **DDR** (date des dernières règles) surtout chez la femme en âge de procréer chez qui une grossesse doit être éliminée avant d'instaurer certains traitements, ou de réaliser des examens d'imagerie irradiant sur l'abdomen ;
- mode de **contraception** et observance (régularité des prises) ;
- pathologies suivies.
- ♦ **ATCD obstétriques** :

« Avez-vous eu des enfants ou avez-vous été enceinte ? »

Préciser le nombre de grossesses (**gestité**) incluant les fausses-couches et les grossesses extra-utérines, et la **parité** (nombre d'enfants selon la définition de viabilité : poids > 500 g ou ayant dépassé le terme de 22 semaines d'aménorrhée ou SA).

Ces 2 informations seront notées G...P... avec le nombre.

On précise pour les grossesses précédentes : poids à la naissance, déroulement de la grossesse, mode d'accouchement (voie basse ou césarienne).

- ♦ **ATCD familiaux** (± arbre généalogique) :

La question : « Avez-vous des antécédents familiaux ? » est trop vague, souvent incomprise. « Y a-t-il des personnes malades dans votre famille ? » peut apporter des informations mais le plus rentable est de demander au patient d'énumérer chaque personne de sa famille (au moins au premier degré : parents, fratrie, enfants) en précisant leur âge et leurs pathologies éventuelles, et, en cas de décès, l'âge et la cause.

Devant une suspicion de maladie familiale chez le patient ou dans l'histoire familiale, on dessinera un **arbre généalogique**.

6.1.3. *Traitements en cours*

Préciser la galénique (comprimés, gélules, injections, etc.), la posologie et la chronologie d'introduction.

6.1.4. *Mode de vie (MDV) ou habitus (curriculum vitae)*

Ce sont les **habitudes de vie** du patient dans des domaines variés (alimentation, consommation de toxiques, emploi, lieu de vie...).

Très important, il regroupe des informations essentielles pour une prise en charge globale, notamment sociale, et la compréhension de la maladie.

Facteurs de risque (FR) principaux : maladies cardiovasculaires, cancers

Un facteur de risque est une **habitude de vie** (on parle d'exposition) **reliée à un risque plus élevé de développer une ou plusieurs maladies** données. De plus, le FR est **dose-dépendant** (le risque augmente avec l'importance de l'exposition), **réversible** (le risque diminue avec le temps après l'arrêt de l'exposition au FR).

Dès qu'on aborde les FR, il faut au minimum donner un message de **prévention** avec des **objectifs** à atteindre. On différencie **3 types de prévention** :

Prévention primaire	Empêche la survenue d'une maladie
Prévention secondaire ou dépistage	Détecte la maladie tôt pour éviter une évolution grave
Prévention tertiaire	La maladie existe et on cherche à stopper son évolution, éviter une récurrence

Les termes qui culpabilisent le patient sont à proscrire (par exemple, le patient « avoue » boire 3 bières...).

Cinq FR sont précisés systématiquement.

♦ **1. Tabac :**

- dose et degré de dépendance :
 - ▷ **durée d'exposition** : FR principal (une durée doublée multiplie le risque de cancer par 20 environ alors que le doublement de la dose le décuple). On la calcule en soustrayant l'âge de début à l'âge d'arrêt, ou âge actuel si le malade n'est pas sevré ;
 - ▷ **quantité consommée chiffrée en paquet-année PA = nombre de paquets par jour × nombre d'années de tabagisme** ; par exemple : début à 16 ans ; sevrage à 46 ans. Moyenne de consommation : 1,5 paquet par jour ; durée d'exposition : 30 ans, quantité en PA = $30 \times 1,5 = 45$ PA (à noter : 1 paquet = 20 cigarettes = 1 sachet de tabac roulé ou à pipe) ;
 - ▷ **tentatives de sevrage** : nombre, date, durée et aides éventuelles ;
 - ▷ **évaluation rapide de la dépendance** : existence complications liées au tabagisme, délai entre le réveil et la première cigarette, test de Fagerström (cf. annexe 2, p. 23) ;
- prévention systématique : on en profitera pour demander au patient s'il souhaite arrêter ; si oui, débuter le sevrage ; si non, réaliser un conseil minimum : information simple sur les moyens pour arrêter, les risques liés au tabagisme sur la santé et surtout (ce qui motive le plus), les bénéfices de l'arrêt (**renforcement positif**). Objectif : sevrage total et durable.

- ♦ **2. Alcool** : thème trop souvent négligé ou volontairement occulté par crainte de déranger ou de culpabiliser le patient. Certaines questions simples permettent de préciser la consommation d'alcool et le niveau de dépendance :

- **quantité consommée** et type d'alcool :

les premières questions à poser sont : « Consommez-vous de l'alcool ? » ; si oui : « Régulièrement ? » ; si régulièrement, décrivez la consommation sur une journée type du lever au coucher (ou sur 1 semaine). Préciser les alcools consommés et les quantités.

On chiffre alors la consommation déclarée d'alcool (CDA) de deux manières :

- ▶ **unité d'alcool internationale (UAI) par jour ou par semaine**, c'est-à-dire le nombre de verres standard : équivalent à 10 g d'alcool pur par verre. Il existe de nombreuses équivalences qui sont valables pour tous les verres d'alcool (normalement servis) : 1 UAI = 10 g d'alcool = 10 cL de vin ou champagne titrant 12° = 25 cL de bière à 5 % ou cidre sec = 2,5 cL de whisky ou de pastis, ou digestif à 45° ;

- ▶ **grammes par jour ou par semaine**, soit en utilisant l'équivalence 1 UAI = 10 g, soit avec la formule suivante : **quantité en gramme d'alcool pur = quantité en mL consommée × degré d'alcool (/100) × 0,8 (densité de l'alcool)** : exemple : 1 bouteille de vin titrant 12° contenant 75 cL = $750 \times 0,12 \times 0,8 = 72$ g soit 7 UAI ;

- **degré d'alcoolodépendance** :

termes à proscrire :

- ▶ de nombreux mots sont à éviter pour ne pas culpabiliser le patient et passer outre le tabou : on ne parle pas d'« éthanol ou OH » mais d'alcool, pas de « buveur » mais d'usager ou de consommateur d'alcool, pas d'« alcoolique, alcoolisme, éthylisme, exogénose » mais de maladie alcoolique ou mieux, en précisant le degré de dépendance : abstinente, usager simple, usage nocif, alcoolodépendance ;

- ▶ questions pour évaluer la dépendance : **questionnaire Audit** de l'OMS (cf. annexe 3, p. 24) ou questions simples : « Consommez-vous de l'alcool ? » Non = abstinente. Si oui : « Consommez-vous régulièrement ou occasionnellement ? » ; déterminer si le patient est usager chronique ou usager aigu ; « Avez-vous déjà eu des préjudices liés à l'alcool (corporels, violence, conduite automobile, profession...) ? » ; si non : « Consommez-vous plus de [les seuils de l'OMS] (à énumérer) ? »

Ces questions permettent de caractériser en :

- aucun dommage et consommation inférieure aux seuils : **usage simple** ;
- aucun dommage mais consommation supérieure aux seuils : **usage à risque** ;
- dommages = **usage nocif**.

« Les dommages sont-ils répétés ou existe-t-il des symptômes de dépendance (phénomène de tolérance avec augmentation de la dose et augmentation

du temps passé pour se procurer l'alcool, phénomène de sevrage en cas de suspension ou de diminution de la dose : sueurs, tremblements, agitation, hallucinations visuelles) ? » Oui = **usage nocif avec dépendance** ;

- prévention :

Objectif en prévention primaire (absence de dommages sur la santé) : **recommandations de l'OMS** :

- ▷ *abstinence totale chez la femme enceinte et l'enfant* ;
- ▷ limitation de la *consommation régulière chez l'homme* : inférieure à 21 UAI par semaine avec 1 jour d'abstinence (soit 30 g/j) ; *chez la femme* : inférieure à 14 UAI par semaine avec 1 jour d'abstinence (soit 20 g/j) ;
- ▷ *consommation occasionnelle* : inférieure à 40 g par semaine en 1 prise.

Objectifs en prévention tertiaire (dommages sur la santé) : abstinence totale et durable.

- ♦ **3. HTA** : connue ou non connue. Objectif en prévention primaire : TA < 140/90 mm Hg.
- ♦ **4. Diabète** : connu ou non connu. Objectif en prévention secondaire et tertiaire : Hb glyquée < 6,5 %.
- ♦ **5. Dyslipidémie** : connue ou non connue. Objectifs pour tous : HDLc > 0,4 g/L et LDLc d'autant plus bas qu'il existe d'autres FR cardiovasculaires.

Toxiques consommés

Souvent demandé devant une situation évocatrice (confusion, coma, troubles psychiatriques, douleurs thoraciques du sujet jeune et cocaïne) ou dans un contexte social précaire. Chiffrer les toxiques et préciser les modes de consommation (inhalation, injection...). **Ne parler de toxicomanie qu'en cas d'usage avec dépendance.**

Infections sexuellement transmissibles (IST) et vaccinations

Également demandées en contexte évocateur (mode de vie, symptômes évocateurs du type écoulement urétral, leucorrhée...).

On précisera le nombre de partenaire, les méthodes de protection.

6.1.5. Conditions de vie, environnement

- ♦ **Profession** (*curriculum laboris*), l'interrogatoire est utile pour plusieurs raisons, notamment :
 - retentissement actuel ou prévisible de la pathologie en cours sur le travail ;
 - arrêt de travail à prescrire éventuellement, ou certificat d'accident de travail ;
 - maladies professionnelles : il faut dans ce cas demander au patient d'énumérer toutes les professions effectuées, les expositions toxiques potentielles et les dates/durées de ces emplois.
- ♦ **Loisirs et animaux** : insister sur l'activité physique et le niveau de pratique, jardinage...

♦ **Géographique :**

- origine géographique;
- nationalité;
- voyages récents.

♦ **Logement :**

- lieu et type d'habitation : maison/appartement;
- nombre d'étages et ascenseur (permettent d'apprécier les besoins en aide en cas de pathologie altérant les déplacements et le retentissement de cette pathologie);
- nombre de personnes partageant le domicile.

♦ **Niveau de vie**, notamment précarité :

- chômage, faibles revenus;
- couverture sociale : régime général, CMU, AME;
- mutuelle, CMU complémentaire, ou rien;
- isolement...

♦ **Entourage** : présence, éloignement...

♦ **Aide humaine +++** : aide-ménagère, auxiliaire de vie, repas portés...

6.2. Interrogatoire orienté

6.2.1. Signes généraux (SG)

- ♦ AEG : les **3 A** asthénie, anorexie, amaigrissement.
- ♦ Fièvre, frissons et sueurs.

6.2.2. SF d'autres appareils pouvant orienter le diagnostic initial

Il est alors important, comme pour l'examen physique, de détailler les **signes positifs** c'est-à-dire la présence du signe, mais aussi les **signes négatifs**, c'est-à-dire l'absence de ce signe. Par exemple, l'absence d'antécédent chirurgical est un argument en faveur d'une appendicite.

6.3. Examen physique

Il faut éviter, dans cette partie, de parler de signes fonctionnels si cela a déjà été mentionné dans l'anamnèse orientée. Cependant, on peut inclure les SF des autres appareils en même temps que les signes physiques recherchés pour chaque partie.

6.3.1. Constantes

- ♦ **Poids, taille, calcul de l'indice de masse corporelle – IMC** (*indice de masse corporelle*) et **tour de taille** (TT, mesuré à mi-distance de la crête iliaque et des côtes inférieures) sont très importants et trop souvent oubliés. L'IMC

> 30 (voire 25, surpoids) et le TT (> 102 cm chez l'homme, > 88 cm chez la femme) sont des facteurs de risques cardiovasculaires.



Calcul de l'IMC en $\text{kg/m}^2 = P/T^2$ avec P en kg et T en mètre

- ♦ PA (pression artérielle), FC (fréquence cardiaque), **température**, FR (fréquence respiratoire), SpO_2 (saturation en O_2) et **glycémie capillaire** souvent réalisées.
- ♦ BU (**bandelette urinaire**) fait partie de l'examen clinique : réalisée devant toute **fièvre**, tout **signe fonctionnel urinaire** ou toute **douleur abdominale**.

6.3.2. Appareil par appareil

Au mieux, orienté selon les hypothèses diagnostiques dégagées par l'interrogatoire.

Au stade d'apprentissage pour le jeune étudiant, il est plus important de s'exercer à être systématique et à faire un examen complet.

On recherche donc, appareil par appareil, les signes physiques décrits dans chaque partie. Aidez-vous de la check-list en partie 4.

6.4. Examens complémentaires déjà réalisés

Dates et résultats.

6.5. Conclusion

6.5.1. Résumé clinique

Sexe, âge, consulte ou est hospitalisé pour : résumé avec regroupement syndromique sans recopier les informations précédentes.

Montrer que l'on comprend le patient en globalité, c'est-à-dire partir de la clinique avant de parler des examens complémentaires déjà réalisés.

6.5.2. Hypothèses diagnostiques et étiologiques

Toujours argumenter chaque hypothèse avec les arguments pour et les arguments contre. Justifier logiquement de nouveau en partant de la clinique pour aller aux examens complémentaires. **Hiérarchiser** les hypothèses par probabilité et fréquence.

Le plan d'argumentation suivant est très utile et permet de raisonner logiquement : **TA FAC PD** Terrain, **A**ntécédents, argument de **F**réquence, **A**namnèse, **C**linique, **P**araclinique, **D**iagnostic différentiel.

Exemple de justification d'une hypothèse :

- ◆ arguments pour :
 - terrain : tranche d'âge, sexe, facteurs de risques ;
 - antécédents ;
 - argument de fréquence ;
 - anamnèse ;
 - clinique : signes physiques ;
 - paraclinique : examens complémentaires ;
- ◆ arguments contre : diagnostic différentiel probable car présence d'atypies (les préciser).

6.5.3. Conduite à tenir (CAT)

Diagnostic

Examens complémentaires nécessaires **hiérarchisés** :

- ◆ du moins invasif au plus invasif ;
- ◆ du plus simple au plus complexe ;
- ◆ du plus urgent au moins urgent ;
- ◆ du moins cher au plus cher.

Et surtout, uniquement les examens complémentaires **utiles**, c'est-à-dire pouvant apporter une information (positive ou négative) et **modifier le devenir du patient** : décision thérapeutique, diagnostic précis.

Par exemple, une radiographie de l'abdomen sans préparation devant toute douleur abdominale isolée est inutile car l'information apportée ne changera pas le devenir du patient.

Thérapeutique

Proposer un traitement, et systématiquement y associer la **surveillance** du patient : mesure des constantes, examen clinique, dosages de médicaments, biologie. Le but de cette surveillance est double mais essentiel, il s'agit d'évaluer :

- ◆ la **tolérance** du traitement : recherche d'effets secondaires, surdosage ;
- ◆ l'**efficacité** : vérifier que le traitement fonctionne.

On surveille un traitement de la même manière qu'on raisonne, c'est-à-dire en commençant par une surveillance clinique (anamnèse et examen physique) puis par les examens complémentaires si nécessaires.

7 Suivi du patient au cours de l'hospitalisation : évolution

Pendant l'hospitalisation du patient, il est important de noter dans le dossier médical des mots d'évolution. Sur le plan formel, on note la date et le nom du ou des médecins qui ont participé à ce suivi.

Les informations suivantes doivent figurer :

- ♦ **efficacité du traitement** : évolution des symptômes et signes physiques présents initialement, correction des anomalies des examens complémentaires;
- ♦ **tolérance** : présence ou non d'effets indésirables, complications;
- ♦ recherche de **complications de décubitus** chez les sujets alités (très important mais, évidemment, à prévenir par matelas adaptés, mise au fauteuil, entretien articulaire et musculaire, alimentation protéique) (*cf. annexe 1, p. 22*);
- ♦ résultat des examens complémentaires diagnostiques : inutile de tout recopier. Mentionner seulement les informations (positives ou négatives) qui font avancer le diagnostic;
- ♦ consentement écrit ou oral avant la réalisation de certains examens complémentaires ou certains traitements;
- ♦ discussion autour du patient lorsque le diagnostic est difficile à établir, en cas de maladie grave, lorsqu'une information a été donnée au patient ou à sa famille, nouvelles informations obtenues par des tiers...

Annexe 1 : Complications de décubitus

11 complications	Pathologies
Cutanées	Escarre
Cardiovasculaires	Désadaptation cardiaque à l'orthostatisme et à l'effort : hypotension orthostatique, fatigue, tachycardie, dyspnée MTE : TVP-EP Œdèmes
Osseuses	Déminéralisation avec fractures pathologiques. Lithiases urinaires
Articulaires	Raideur, ankylose, rétractions tendineuses
Musculaires	Amyotrophie Chute
Neurologiques	Compressions de nerfs périphériques = syndrome canalaire
Respiratoires	Encombrement bronchique Atélectasie Pneumopathies
Digestives	Anorexie, dénutrition = infections Constipation, fécalome RGO et œsophagite, fausses routes, inhalation
Urinaires	Infections urinaires RAU surtout si fécalome Lithiases
Psychologiques	Anxiété Dépression Syndrome de régression psychomotrice Confusion
Nosocomiales	Infections nosocomiales

Annexe 2 : Questionnaire de Fagerström sur la dépendance nicotinique

1. Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	• moins de 5 minutes • 6 à 30 min • 31 à 60 min • après 60 min	3 2 1 0
2. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où cela est interdit (cinéma, bibliothèque, par exemple) ?	• oui • non	1 0
3. Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?	• la première • une autre	1 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	• 10 ou moins • 11 à 20 • 21 à 30 • 31 ou plus	0 1 2 3
5. Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?	• oui • non	1 0
6. Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	• oui • non	1 0
Total :		

Résultats :

- 0 à 2 : pas de dépendance
- 3 ou 4 : dépendance faible
- 5 ou 6 : dépendance moyenne
- 7 ou 8 : dépendance forte
- 9 ou 10 : dépendance très forte

Organisme de la santé publique, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers. Ce travail, très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des étudiants en médecine au même titre que vous.

La seule source financière de ce groupe est celle des minimes cotisations pour certains livres "exclusifs"

Tout cela dans un seul but : faire de l'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés; vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première situation est du vol pur contre lequel nous sommes démunis, la seconde appelle à votre raison : si plus personne ne cotise, nous ne pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme : rejoignez-nous sur Telegram (même les boomers qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

Ce fichier a été initialement diffusé via le groupe Télégram " La Faille " à but non lucratif de diffusion de ressources médicales : bit.ly/36NA5b1

Annexe 3 : Questionnaire OMS « AUDIT » pour l'évaluation de la dépendance à l'alcool : 10 questions

Questions/Points	0 pt	1 pt	2 pts	3 pts	4 pts
Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	≤ 1/mois	2 à 4/mois	2 à 3/sem	≥ 4/sem
Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	≥ 10
Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	< 1/mois	≥ 1/mois	≥ 1/sem	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire, une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	< 1/mois	≥ 1/mois	≥ 1/sem	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	< 1/mois	≥ 1/mois	≥ 1/sem	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer, après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	< 1/mois	≥ 1/mois	≥ 1/sem	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	< 1/mois	≥ 1/mois	≥ 1/sem	Tous les jours ou presque
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	< 1/mois	≥ 1/mois	≥ 1/sem	Tous les jours ou presque



Questions/Points	0 pt	1 pt	2 pts	3 pts	4 pts
Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Jamais	Oui mais pas au cours de l'année écoulée	Oui au cours de l'année		
Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Jamais	Oui mais pas au cours de l'année écoulée	Oui au cours de l'année		

Résultats en additionnant :

- 0 à 8 : pas de dépendance
- 9 à 12 : consommation nocive
- ≥ 13 : dépendance à l'alcool

Annexe 4 : Sevrage « non programmé » en alcool

Un malade hospitalisé et qui fait un mésusage d'alcool risque de développer un **syndrome de sevrage en alcool**. La gravité peut être extrêmement variable, c'est pourquoi il ne faut pas passer à côté. **Toute consommation d'alcool régulière** au-delà des seuils de l'OMS doit être prise en compte et mener à des **mesures de prévention** (évaluation initiale et surveillance selon 2 échelles CIWA-AR et échelle de Cushman, hydratation et si besoin mesures médicamenteuses). De plus, d'autres complications liées aux **carences en vitamines** doivent être prévenues par apport de vitamine B1.

Le syndrome de sevrage peut survenir de **quelques heures à 7 jours** après l'arrêt de l'alcool mais peut survenir également avec une simple diminution de consommation. Des antécédents de sevrages sévères, éventuellement compliqués de **convulsions** ou **delirium tremens**, une grossesse en cours, des comorbidités, des difficultés psychologiques, d'autres addictions sont à prendre en compte.

Le syndrome de sevrage en alcool est défini selon le DSM par la présence d'au moins 2 symptômes parmi les suivants :

- ♦ hyperactivité autonome : FC > 100, sudation, HTA;
- ♦ tremblements des mains;
- ♦ insomnie, cauchemars;
- ♦ nausées-vomissements;
- ♦ hallucinations (souvent visuelles, araignées... ou auditives, tactiles);
- ♦ anxiété, irritabilité;
- ♦ confusion;
- ♦ agitation psychomotrice;
- ♦ crise comitiale type grand mal.

Cependant, ces symptômes peuvent être expliqués par d'**autres causes** fréquemment associées à l'alcoolisme (dysnatrémie, autres médicaments, traumatisme crânien...). Il faudra les éliminer avant de parler de syndrome de sevrage.

L'intensité du syndrome dépend de plusieurs facteurs : quantité consommée, ancienneté de mésusage, brutalité du sevrage, antécédents de sevrages sévères...

Les symptômes les plus graves se produisent plus tardivement, en plusieurs jours et un sevrage sévère expose au risque de **convulsions** et **delirium tremens**. L'évolution peut être grave et mortelle.

Le **delirium tremens** se définit par la survenue des symptômes suivants :

- ♦ confusion, hallucinations non critiquées et menaçantes;
- ♦ agitation intense;
- ♦ tremblements des extrémités, membres et corps entier;
- ♦ troubles centraux : fièvre, pression artérielle instable, déshydratation, tachycardie sévère.

Ceci implique une prévention et une surveillance durable. Celle-ci est réalisée par 2 scores permettant de définir la sévérité du syndrome de sevrage et la prise en charge.

Score de Cushman : addition de points selon 7 paramètres cliniques. Sevrage **minime** si score 0 à 7, sevrage **modéré** si 8 à 14, sevrage **sévère** si 15 à 21.

	0	1	2	3
Pouls*	< 80	81–100	101–120	> 120
PA systolique**	< 135	136–145	146–155	> 155
Fréquence respiratoire*	< 16	16–25	26–35	> 35
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	0	Paumes	Paumes et front	Profuse
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Géné par le bruit, la lumière, prurit	Hallucination critiquée	Hallucination non critiquée

* Critère valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).

** Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm Hg au-delà de 50 ans.

Score CIWA-AR : addition de points selon les questions.

Le sevrage est :

- ♦ léger si < 10;
- ♦ modéré si 10 à 20;
- ♦ sévère si > 20.

Nausées et vomissements : Demander : « Avez-vous des nausées ? Avez-vous vomi ? » Observer.

0 Ni nausée, ni vomissement

4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur

7 Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements

Tremblements : Évaluer bras tendus et doigts en face de l'examineur. Observer.

0 Pas de tremblement

1 Invisibles, mais sentis du bout des doigts

4 Modérés, lorsque les bras sont tendus

7 Sévères, même avec les bras non tendus

Sueurs paroxystiques : Observer.

- 0 Pas de sueur visible
- 1 Sueur à peine perceptible. Paumes moites
- 4 Front perlé de sueur
- 7 Sueurs profuses

Anxiété : Demander : « Vous sentez-vous nerveux ? » Observer.

- 0 Pas d'anxiété. Détendu
- 1 Légèrement anxieux
- 4 Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine une anxiété
- 7 Équivalent d'état de panique aiguë, tel que l'on peut le voir dans les états délirants sévères ou les réactions schizophréniques aiguës

Agitation : Observer.

- 0 Activité normale
- 1 Activité légèrement accrue par rapport à la normale
- 4 S'agite et gigote, modérément
- 7 Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment

Troubles des perceptions tactiles : Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillements, de brûlures ? Des engourdissements ? Ou avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur ou sous votre peau ? »

- 0 Aucun trouble de ce registre
- 1 Très peu de démangeaisons, de sensations de fourmillements, de brûlures ou d'engourdissements
- 2 Peu de troubles cités ci-dessus
- 3 Troubles cités ci-dessus modérés
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

Troubles des perceptions auditives : Demander : « Êtes-vous plus sensibles aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous perturbe ? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »

- 0 Aucun son troublant
- 1 Sons très peu stridents ou effrayants
- 2 Sons peu stridents ou effrayants
- 3 Sons modérément stridents ou effrayants
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

Troubles de perceptions visuelles : Demander : « La lumière vous paraît-elle trop vive ? Sa couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Voyez-vous des choses qui vous perturbent ? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là ? »

- 0 Aucun trouble de ce registre
- 1 Troubles très peu sensibles
- 2 Peu sensibles
- 3 Modérément sensibles
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

Céphalées : Demander : « Avez-vous des sensations anormales au niveau de la tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête serrée dans un étau ? » Ne pas évaluer les étourdissements, ni les sensations de tête vide. S'attacher plutôt à la sévérité.

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 0 Céphalée absente | 4 Modérément sévère |
| 1 Très légère | 5 Sévère |
| 2 Légère | 6 Très sévère |
| 3 Modérée | 7 Extrêmement sévère |

Troubles de l'orientation : Demander : « Quel jour sommes-nous ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »

- 0 Orienté(e) et peut faire des additions en série
- 1 Ne peut faire des additions en série ou est incertain(e) de la date
- 2 Erreur sur la date de moins de 2 jours
- 3 Erreur sur la date de plus de 2 jours
- 4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes

La douleur, maître symptôme

1 Généralités

La douleur est le symptôme le plus fréquent. C'est la raison pour laquelle elle sera étudiée en premier et avec quelques notions sur son évaluation et son traitement.

Il faut distinguer **2 grandes situations** : douleur aiguë ou douleur symptôme, qui traduit une pathologie sous-jacente, et douleur chronique où la douleur en elle-même « s'autonomise » et devient maladie.

Il est important de distinguer **2 grands types de douleur aiguë** :

- ♦ la douleur nociceptive ;
- ♦ la douleur neuropathique (ou neurogène).

2 Physiopathologie

Sur le plan physiopathologique, on distingue pour les douleurs nociceptives :

- ♦ **la douleur somatique** : douleur prise en charge par les racines nerveuses entrant dans la moelle à chaque étage disco-vertébral, et gagnant les cordons postérieurs médullaires pour remonter jusqu'au cortex cérébral. Ces douleurs ont pour caractéristique d'être localisées directement en regard de l'atteinte et elles correspondent aux téguments et aux parois ;
- ♦ **la douleur viscérale ou douleur projetée** : douleur provenant des viscères innervés et prise en charge par le système nerveux autonome sympathique via les ganglions paravertébraux, puis par les cordons postérieurs de la moelle. Cela explique les douleurs projetées résultant de la rencontre des fibres somatiques et viscérales (convergence viscéro-somatique) dans les cordons postérieurs. Par exemple, l'innervation myocardique rejoint les cordons postérieurs médullaires en C5. Cela explique les douleurs somatiques projetées en C5, c'est-à-dire au moignon de l'épaule.

La distinction douleur somatique-douleur viscérale n'est pas utilisée en pratique, mais elle explique les irradiations d'une douleur nociceptive.

Il faut noter que tous les viscères ne sont pas innervés, et leur sensibilité est sélective à certains stimuli :

- ♦ thorax : les structures innervées sont :
 - le myocarde : sensible aux stimuli chimiques produits par ischémie ;
 - le péricarde : sensible à l'inflammation ;
 - les artères pulmonaires : sensibles à la distension (HTAP) ;
 - la plèvre pariétale : sensibilité de type somatique avec divers stimuli ; la plèvre viscérale et le poumon ne sont pas innervés ;
- ♦ abdomen :
 - le foie : sensible uniquement à la distension de la capsule hépatique ;
 - les voies biliaires : également sensibles à la distension ;
 - les organes creux : sensibles à la distension aiguë.

3 Caractéristiques d'une douleur

Chaque douleur sera étudiée selon le plan suivant pour chaque appareil. Pour toute douleur, il faut préciser ses caractéristiques : **MISTIDRACS** :

Mode évolutif	Aigu/chronique, évolution continue ou intermittente entrecoupée d'intervalles libres, aggravation progressive, crises identiques
Intensité	Cotée par une échelle d'évaluation individuelle. Important pour traiter la douleur de façon adéquat
Siège	Endroit désigné par le patient ou révélé par la palpation
Type	Proposer au patient plusieurs types possibles (nociceptifs et neuropathiques) pour ne pas l'influencer : piqûre, brûlure, serrement, striction, décharge électrique, crampe...
Irradiation ou douleur projetée	Extension de la douleur à une région distante
Durée	
Rythme	Orientation importante : repas, diurne/nocturne, effort...
Facteurs Aggravants	
Facteurs Calmants	
Signes associés	Autres symptômes de l'appareil concerné.

4 Évaluation de l'intensité

L'intensité de la douleur est évaluée par des échelles génériques validées. Lorsque le patient est capable d'apprécier lui-même sa douleur, on parle d'**autoévaluation**.

Les outils disponibles quantifient la douleur pour suivre l'évolution chez un même patient, mais ne permettent pas de comparer 2 patients.

Les trois outils validés sont :

- ♦ l'**EVA, échelle visuelle analogique** (réglette allant de l'absence de douleur à une douleur imaginable du côté du patient, et de 0 à 10 du côté du soignant, en centimètres) ;
- ♦ l'**EVS ou échelle verbale simple** ;
- ♦ et l'**EN, l'échelle numérique**.

Lorsque le patient n'est pas capable de verbaliser sa douleur, il faut apprécier celle-ci sur l'observation de son comportement. Les échelles utilisées sont dites d'**hétéroévaluation**.

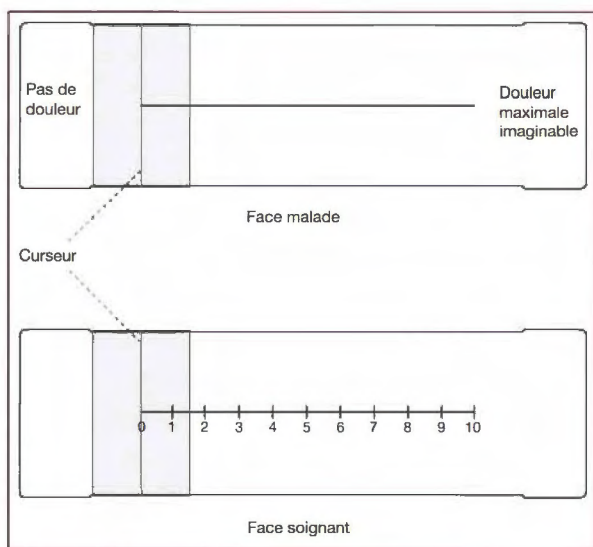


Figure 3.1 • Échelle visuelle analogique (EVA)

5 Traitement

5.1. Douleurs nociceptives

L'OMS a défini 3 paliers d'intensité croissante permettant une « escalade thérapeutique » des médicaments **antalgiques**.

Douleur légère	EVA ou EN 1 à 3	palier 1
Douleur modérée	EVA ou EN 3 à 5	palier 1 ou 2
Douleur intense	EVA ou EN 5 à 7	palier 2 ou 3
Douleur très intense	EVA ou EN > 7	palier 3 IV ou SC

Le palier 1 est le plus souvent utilisé en première intention.

Les autres paliers seront donc prescrits en cas d'échec au palier 1 ou en cas de douleur d'emblée intense ou très intense.

Il est nécessaire de connaître le pic d'action de chaque médicament car c'est au moment de ce pic qu'il faut évaluer si le traitement est efficace ou inefficace, avec nécessité de renforcement.

Palier 1 : paracétamol, antalgique et antipyrétique

- Pic d'action 60 min.
- Durée d'action entre 4 et 6 h.
- Délai d'action 20 min. Posologie 1 000 mg toutes les 6 ou 8 h.
- Alternative : nefopam (Acupan®) buvable ou injectable (20 mg toutes les 6 ou 8 h)

Palier 2 : morphiniques mineurs

- Pic d'action 2 h.
- Durée d'action 6 h (sauf libération prolongée : 12 voire 24 h).
- Souvent associés au paracétamol en synergie :
 - codéine associée au paracétamol
 - tramadol : existe sous différentes formes (libération rapide ou prolongée, associé au paracétamol)



Palier 3 : morphiniques majeurs

- Morphine injectable par IV ou SC :
 - action rapide < 5 min.
 - pic d'action entre 10 et 30 min.
 - durée d'action 4 h
- Morphine orale (*per os*) en comprimés, libération immédiate :
 - délai d'action 30 min.
 - pic d'action 60 min.
 - durée d'action 4 h.
- Morphine orale à libération prolongée :
 - délai d'action 2 h.
 - durée d'action entre 12 et 24 h.
- Morphine en patch :
 - délai d'action retardé 12 h.
 - durée d'action 72 h.
- Mesures associées aux morphiniques :
 - associer systématiquement en prévention un laxatif et un anti-nauséeux.
 - paracétamol souvent associé à visée d'épargne morphinique (30 % de la dose de morphine). Il s'agit de la Poly Antalgie MultiModale (PAMM).

5.2. Douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques sont généralement liées à une irritation régionale d'un nerf. Ce sont des symptômes positifs soit discontinus, fulgurants, soit continus à type de **brûlure**, **fourmillements**, **cuisson**, **allodynie** (douleur déclenchée par un stimulus normalement indolore comme le toucher) ou **hyperalgésie** (douleur extrême pour un stimulus peu douloureux). Ces composantes sont très évocatrices et doivent être repérées car les traitements sont différents.

Il existe un score (DN4, *cf. page suivante*) permettant un diagnostic simple.

Deux grandes classes de médicaments agiront sur 2 types de douleur :

- ♦ douleur continue à type de paresthésies ou brûlures : antidépresseurs tricycliques du type clomipramine (Anafranil®);
- ♦ douleur fulgurante à type de décharge électrique : gabapentine (Neurontin®), prégabaline (Lyrica®).

À noter que la morphine et le tramadol peuvent être également efficaces sur ces douleurs.

QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient: /10

À la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ». La somme obtenue donne le score du patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif.
(sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D. et al. Pain 2004; 108 (3) : 248-57.

État général, fièvre et hydratation



SF généraux à rechercher :

- ◆ asthénie;
- ◆ anorexie;
- ◆ amaigrissement;
- ◆ fièvre;
- ◆ soif;
- ◆ variations de poids.

1 Signes généraux (SG)

Ce sont des signes traduisant un retentissement sur tout l'organisme, non spécifiques d'une maladie mais traduisant un phénomène évolutif :

- ◆ **asthénie** : fatigue au sens large ;
- ◆ **anorexie** : diminution ou perte d'appétit¹ ;
- ◆ **amaigrissement** : perte de poids (cf. « Examen métabolique », p. 423) ;
- ◆ **AEG** : altération de l'état général ; c'est l'association des 3 « A » : asthénie, anorexie et amaigrissement. C'est un signe d'alarme devant faire réaliser des investigations pour rechercher des maladies sévères (cancers, infections chroniques, maladies endocriniennes, insuffisances d'organes sévères...) ou psychiatriques (syndrome dépressif) ;
- ◆ **Échelle d'activité OMS** ou *performance status (PS)* : cette échelle est surtout utilisée en cancérologie pour mesurer l'état général du patient, suivre dans le temps et guider ou contre-indiquer certains traitements lourds :

Cotation	État général du patient
0	Activité normale
1	Capable de réaliser des petits travaux, état ambulatoire
2	Incapable de travailler mais capable de s'occuper de lui-même, debout plus de 50 % du temps diurne
3	Confiné au lit ou au fauteuil plus de 50 % du temps diurne
4	Confiné au lit et incapable de s'occuper de lui-même (grabataire)

¹ L'anorexie au sens courant est involontaire. Elle se différencie de l'anorexie mentale qui est une lutte contre la faim s'exprimant par plusieurs modalités (augmentation de l'activité, restriction des apports alimentaires, vomissements provoqués, laxatifs).

2 Fièvre

2.1. Définitions et physiopathologie

- ♦ **Apyrexie ou sujet apyrétique** : absence de fièvre.
- ♦ **Fièvre** : augmentation de la température centrale régulée par les centres thermorégulateurs hypothalamiques, en réponse aux substances pyrogènes circulantes (d'origine endogène lors de toute réponse inflammatoire et d'origine exogène en cas d'infection). Sensible aux antipyrétiques. À traiter en cas de mauvaise tolérance ou si la température $> 38,5^{\circ}\text{C}$.
Attention, fièvre n'est pas synonyme d'infection et il existe fréquemment :
 - des **infections sans fièvre** : cystite, diarrhée cholériforme (rotavirus, choléra...), infections chroniques (sinusites et ORL, tuberculose souvent), amibiase intestinale, abcès cérébraux...
 - des **infections avec hypothermie** (infections à BGN);
 - des **fièvres sans infection** (cf. p. 39).
- ♦ **Hyperthermie** : augmentation non régulée de la température centrale insensible aux antipyrétiques.

2.2. Diagnostic

- ♦ **Seuils** : température corporelle $> 37,5^{\circ}\text{C}$ le matin et/ou $> 37,8^{\circ}\text{C}$ le soir. On parle de fébricule en dessous de $38,2^{\circ}\text{C}$.
- ♦ Fièvre **aiguë** si début < 5 jours, **prolongée** si > 20 jours, intermédiaire entre 5 et 20 jours.
- ♦ **Méthode de mesure** : au mieux à **distance des repas** et après **20 minutes de repos** en décubitus. Une surveillance rapprochée nécessite au moins 3 mesures quotidiennes à heure fixe afin de réaliser une courbe thermique.
Les mesures les plus fiables : **tympanique** le plus souvent (faussée si pathologie de l'oreille externe) ou **rectale**. Une mesure axillaire ou buccale nécessite une correction avec addition de $0,5^{\circ}\text{C}$ au chiffre mesuré (calcul réalisé par les appareils automatiques).

2.3. Conduite à tenir

- ♦ **Rechercher des signes de gravité** imposant une hospitalisation et des traitements urgents (notamment anti-infectieux de manière probabiliste) :
- liés au **terrain à risque** d'évolution défavorable : grossesse, neutropénie, immunodépression, splénectomie, prothèse, comorbidités (cardiopathie, insuffisance respiratoire, diabète...);

- **signes de choc** (cf. chapitre 18, « Urgences », p. 446);
- signes cliniques reliés à des **causes graves** :
 - ▷ cutanés : **purpura extensif** (*purpura fulminans* avec probable méningite sévère à méningocoque, pneumocoque...), **cellulite** (aucun rapport avec la « peau d'orange » mais infection grave des tissus sous-cutanés);
 - ▷ **neurologiques** : syndrome méningé, confusion, coma, crise comitiale, déficit neurologique;
 - ▷ **souffle cardiaque** (peut traduire une maladie grave : endocardite infectieuse = infection des valves cardiaques);
 - ▷ séjour en zone d'endémie palustre (**paludisme**);
- signes de **mauvaise tolérance** de la fièvre (quelle que soit la cause) :
 - ▷ **déshydratation** (chaque degré de fièvre fait perdre 400 mL par jour);
 - ▷ décompensation de **comorbidités** sévères (chaque degré de fièvre augmente la fréquence cardiaque de 10 bpm et la fréquence respiratoire de 10 mouvements par minute);
 - ▷ retentissement neurologique : **confusion, convulsions, délire voire coma**.
- ♦ Orientation clinique étiologique ++ : anamnèse, question systématique : **toute fièvre doit faire rechercher un séjour en pays tropical**.

2.4. Caractéristiques de la fièvre

- ♦ **Mode d'installation** : brutal (pic fébrile en quelques minutes), rapide ou progressif (plusieurs jours).
- ♦ **Date de début**.
- ♦ **Allure de la courbe thermique** si possible :
 - fièvre désarticulée ou hectique : pas de caractéristique de courbe thermique;
 - fièvre continue ou en plateau : variations faibles de température ($< 1^{\circ}\text{C}$);
 - fièvre oscillante : pics de fièvre avec période d'apyrexie. Lorsque les pics sont précédés de **frissons**, cela évoque une fièvre « canalaire » (infection d'un liquide de l'organisme avec décharges de bactéries : pyélonéphrite, cholécystite ou angiocholite) ou une primo-invasion palustre (paludisme des sujets non immunisés);
 - fièvre ondulante : variations lentes et amples de la température;
 - fièvre récurrente : périodes prolongées avec puis sans fièvre, puis rechute. Évoque une infection sur obstacle (drainage naturel provisoire), certains germes (borréliose) ou une cause non infectieuse (médicament, cancer...);
 - fièvre périodique ou cyclique : fièvre survenant à intervalle régulier (**tierce** : fièvre 1 jour puis 2 jours sans fièvre; **quarte** : fièvre 1 jour puis 3 jours sans fièvre). Oriente vers les récurrences de paludisme;
 - fièvre **vespérale** : présente le soir.

- ♦ **Corrélation entre la température et le pouls** : la FC s'élève normalement de 10 bpm/degré de température, on parle sinon de **dissociation pouls-température** (phlébite ou fièvre typhoïde, brucellose...) :
- terrain : mode de vie, antécédents, vaccins et voyages, animaux, médicaments ;
- signes fonctionnels associés à la fièvre :
 - ▷ **frissons** : secousses brèves répétées des mâchoires avec pilo-érection. Ils évoquent surtout une cause bactérienne mais peuvent aussi être rencontrés en cas de virus, parasite ou cause non infectieuse ;
 - ▷ **sueurs** ;
 - ▷ **syndrome grippal** (céphalées, myalgies ou courbatures, arthralgies... non spécifique de grippe) ;
 - ▷ **contage infectieux** : contact avec un sujet porteur de symptômes infectieux ;
- autres SF d'organes notamment des portes d'entrée infectieuses : urinaire, pulmonaire, ORL, cutané, neurologique...
- ♦ **Signes physiques** : examen clinique complet.
Examens importants pour retrouver une cause : aires spléno-ganglionnaires, syndrome méningé, ORL, peau, recherche de souffle cardiaque, abdomen et touchers pelviens, fosses lombaires.

2.5. Cadres étiologiques de fièvre aiguë

- ♦ **Infections** : en évoquant toujours 4 grandes orientations et pour chacune d'elles : bactérie, virus, parasites et champignons :
 - communautaires : infections acquises en ambulatoire ;
 - nosocomiales : infections acquises dans une structure de soins ;
 - opportunistes : infections de l'immunodéprimé ;
 - tropicales : au retour d'un voyage.
- ♦ **Médicaments et vaccins.**
- ♦ **Maladie thrombo-embolique** : phlébite, EP.
- ♦ **Cancers et syndromes paranéoplasiques.**
- ♦ **Métabolique** (rhumatismes microcristallins...).
- ♦ **Inflammatoire et dysimmunitaire.**

2.6. Surveillance de la fièvre

Il est important de contrôler régulièrement les chiffres de température pour vérifier la bonne évolution et l'efficacité des traitements prescrits. Ainsi, on évite, sauf mauvaise tolérance, de prescrire des antipyrétiques (médicaments contenant du paracétamol, anti-inflammatoires dont corticoïdes).

Si le patient a des douleurs, on pourra utiliser les **antalgiques non anti-pyrétiques** suivants :

- ♦ palier 1 : néfopam ;
- ♦ palier 2 : tramadol seul ;
- ♦ palier 3 : morphiniques majeurs.

En cas de mauvaise tolérance de la fièvre ou de cause bénigne, on traitera par antipyrétique avec le paracétamol (même posologie qu'en antalgie).

3 État d'hydratation

L'état d'hydratation s'estime sur des paramètres cliniques simples argumentés par le contexte clinique et la biologie (ionogramme sanguin et urinaire).

3.1. Anamnèse

- ♦ Recherche d'une sensation de **soif** ou un **dégoût de l'eau**, des nausées, céphalées. Asthénie.
- ♦ Recherche d'une **cause évidente** de déshydratation : diarrhée, vomissements, polyurie, sudation...

3.2. Signes physiques

- ♦ **Constantes** : **poids** et variation récente (excellent marqueur permettant d'estimer la perte ou l'excès d'eau), PA, FC, recherche d'hypotension orthostatique, diurèse, température.
- ♦ **Inspection** :
 - signes de **choc** ;
 - **remplissage des veines superficielles** ;
 - **œdèmes** ;
 - humidité des muqueuses de la bouche : joues, langue.
- ♦ **Palpation** :
 - **pli cutané** : Il se recherche en pinçant la peau et en relâchant cette pression ; puis en regardant si le pli disparaît instantanément ou s'il persiste en cas de déshydratation extracellulaire. On recherche le plus souvent le **pli cutané présternal** (peau en regard du sternum, *fig. 4.1*) ou **sus-claviculaire**. Attention, chez le sujet âgé et le dénutri qui ont une peau atrophique, il faut le rechercher au niveau de l'abdomen ou des faces internes des cuisses, au risque de le surestimer ;
 - **pression des globes oculaires**, paupières fermées. Recherche d'une hypotonie ou d'une hypertonie ;
 - évaluation de l'**humidité des aisselles**.
- ♦ **Examen neurologique**, recherche de **syndrome confusionnel**.



Figure 4.1 • Pli cutané présternal

3.3. Tableaux cliniques

- ♦ **Déshydratation extracellulaire (DEC)** : la perte concerne le secteur vasculaire et l'interstitium sans mouvement d'eau cellulaire (natrémie normale).
- ♦ **Déshydratation intracellulaire (DIC)** : dépend comme l'hyperhydratation intracellulaire de la rapidité d'installation et de la profondeur de l'hypernatrémie. Les symptômes sont surtout neurologiques.
- ♦ **Déshydratation globale** : elle associe les signes de DEC et de DIC.

DEC	DIC
- Perte de poids récente : très bon marqueur - Hypotension orthostatique avec accélération de FC > + 30 : signe précoce présent avant les signes cliniques - Vertiges posturaux (debout) : signe précoce - Pli cutané - Aplatissement des veines superficielles - Soif modérée, oligurie - Hypotonie des globes oculaires - Sécheresse des aisselles - Hypotension artérielle voire choc hypovolémique	- Perte de poids - Soif intense - Fièvre (d'origine hypothalamique) - Sécheresse des muqueuses buccales - Asthénie, somnolence ou irritabilité - Confusion voire coma - Crises comitiales

- ♦ **Hyperhydratation extracellulaire** : prise de **poids**, **syndrome œdémateux** : œdèmes sous-cutanés, blancs, mous et indolores (membres inférieurs, lombes, paupières), parfois des séreuses (pleurésie) et œdème pulmonaire de surcharge.

- ♦ **Hyperhydratation intracellulaire** : elle est symptomatique surtout en cas d'installation rapide ou si elle est profonde (natrémie basse), avec œdème cellulaire notamment cérébral : dégoût de l'eau, nausées, vomissements, céphalées (HTIC), HTA possible mais inconstante, crises convulsives, confusion voire coma.
- ♦ **Hyperhydratation globale** : elle associe les signes intra- et extracellulaires.

À noter que les étiologies sont guidées par la biologie.

Partie

2

Ce fichier a été initialement diffusé via le groupe Telegram " La Faille " à but non lucratif de diffusion de ressources médicales : bit.ly/36NA5b1

Organiser la récupération, le scan, la mise en page et enfin la diffusion de ces fichiers est un travail très coûteux, en temps et en argent, fait bénévolement par des médecins et des infirmières.

La seule source financière de ce groupe est les quelques cotisations pour certains livres "exclusifs"

Tout cela demande beaucoup de temps et d'argent un élément moins pesant dans les études médicales.

Certains individus mal intentionnés, vous font payer pour avoir accès à ces PDF, ou d'autres pensent bien faire en les publiant "gratuitement" sur internet :

La première solution est de ne pas acheter de nouveaux livres, la seconde est de faire raler les éditeurs pour qu'ils nous financent. Nous pouvons plus financer les futurs livres et vous + nous mettez des bâtons dans les roues...

En somme : rejoignez-nous sur Telegram (même les hommes qui ont peur que ce soit compliqué, c'est vraiment simple ! Si vous "trouvez" ce PDF gratuitement, soyez raisonnable et venez cotiser, vous y gagnerez !)

Sémiologie clinique par appareils

Examen cardiovasculaire

5

Prérequis : connaissances de la physiologie cardiovasculaire et du cycle cardiaque.

1 Examen cardiaque

1.1. Signes fonctionnels

Les signes fonctionnels cardiologiques à rechercher à l'anamnèse sont :



- ♦ douleur thoracique et blockpnée;
- ♦ dyspnée;
- ♦ lipothymie – syncope;
- ♦ palpitations;
- ♦ hépatalgie d'effort.

Il est important de savoir énumérer les signes fonctionnels afin de questionner le patient et d'orienter les hypothèses.

Il faudra donc rechercher systématiquement les **5 SF** suivants.

1.1.1. Douleur thoracique d'origine cardiovasculaire

Il faudra préciser les caractéristiques de cette douleur et connaître les principaux tableaux typiques suivants; **étiologies** de douleur thoracique :

A PIED : Angor, **P**éricardite, IDM, **E**P, **D**issection.

Syndromes coronaires ou symptômes d'insuffisance coronaire

Ce sont les douleurs correspondant à une **souffrance myocardique** par inadéquation entre les apports en oxygène et les besoins myocardiques.

Le terrain est important : il s’agit de sujets présentant un ou des **facteurs de risque cardiovasculaire** (FRCV) :

Non modifiables	Modifiables
♦ Âge et sexe : • > 50 ans chez l’homme, • > 60 ans chez la femme. ♦ ATCD familiaux d’IDM ou mort subite au 1^{er} degré : • < 55 ans chez le père/frère, • < 65 ans chez la mère/sœur. ♦ ATCD familial d’AVC précoce : • < 45 ans.	♦ Diabète. ♦ HTA. ♦ Tabagisme non sevré ou sevrage < 3 ans. ♦ Dyslipidémie : hypercholestérolémie, hypoHDLémie. ♦ Obésité (IMC > 30 kg/m²), notamment TT : • > 102 cm chez l’homme, • > 88 cm chez la femme.

Une curiosité non utilisable en pratique est la présence plus fréquente chez les sujets coronariens d’une incisure du lobule de l’oreille (signe de Franck-Lichstein).

Angor (ou angine de poitrine) stable

Douleur thoracique correspondant au **rétrécissement de calibre (ou sténose)** d’une **artère coronaire**.

Les symptômes apparaissent lorsque le débit ne peut pas être augmenté alors que les besoins, eux, augmentent. Ce sont ces circonstances qui favorisent ou révèlent la douleur.

Compte tenu de la fréquence et de la gravité de ce symptôme, il sera bien détaillé et doit être parfaitement maîtrisé, même dans ses présentations atypiques (*« les manifestations atypiques d’une maladie fréquente sont plus fréquentes que les manifestations typiques d’une maladie rare »*).

Le siège, le type, les irradiations et les circonstances favorisantes sont les caractéristiques les plus spécifiques. Le terme angor vient du latin *angere* = étrangler, serrer.

- ♦ **Mode évolutif** : douleur chronique, intermittente par crises pouvant s’aggraver.
- ♦ **Intensité** : variable. Elle est estimée d’après la **classification de la Société canadienne de cardiologie** en fonction des circonstances de déclenchement :
- ♦ **Siège** : non ponctiforme mais diffus. Souvent **rétrosternal**, médiosthénique gauche, **épigastrique** et parfois interscapulaire ou omoplate gauche. La localisation ne permet pas de déterminer quelle artère coronaire est en cause (à l’inverse, une douleur épigastrique n’est souvent pas due à une atteinte de l’IVA, et une douleur thoracique gauche n’est pas liée à une atteinte de la coronaire droite).