

Journée SSMG

par le Dr Sylviane De Prins • Médecin journaliste • 1040 Bruxelles

L'examen clinique

Montignies sur sambre, 20 novembre 2004

Le check-up chez l'individu asymptomatique de plus de 50 ans

Le médecin posera des questions ciblées (antécédents, facteurs de risque, maladies peu symptomatiques, alimentation) à la recherche d'anomalies dont le sujet n'a pas conscience.

La mesure de la tension artérielle fait évidemment partie d'un examen clinique de base. Sachons que les valeurs seuil à partir desquelles on parle d'HTA diffèrent selon que la TA est mesurée par le médecin ou par le sujet lui-même.

Un examen trop souvent négligé est l'index cheville-bras : il s'agit de mesurer le rapport de pression systolique au niveau de l'artère humérale et à la cheville (artère tibiale postérieure). Ce rapport doit être égal à 1. S'il est inférieur à 0,9, il faudra penser à une artérite des membres inférieurs sans, le plus souvent, qu'il y ait le moindre symptôme. On mesurera le poids, la taille et le périmètre abdominal. La peau sera l'objet de toute notre attention. L'auscultation cardiaque et pulmonaire ainsi que la palpation abdominale sont incontournables.

On réalisera également un TR, un examen des seins, un frottis cervical. Les examens complémentaires ne seront jamais systématiques mais toujours réalisés en fonction de l'anamnèse dirigée et de la clinique. Ainsi par exemple, l'insuffisance rénale : au-delà de 50 ans, la moitié des sujets ont un taux de filtration glomérulaire inférieur à 60 % de la normale. Une insuffisance rénale débutante peut ne se manifester que par une nycturie. On peut suivre, d'année en année, l'évolution de la fonction rénale en réalisant un graphe de la créatinine, mesurée par sa réciproque, en fonction du temps. La décroissance de la fonction rénale doit être linéaire : tout écart hors de cette ligne doit faire songer à une aggravation de l'atteinte rénale.

La prise de sang permettra de fournir de plus amples informations : on dosera la créatinine sanguine, l'hémoglobine, la glycémie, le

cholestérol, la TSH, la calcémie. L'examen des urines complètera le check-up sanguin. Enfin, la recherche de sang dans les selles permettra d'orienter le clinicien vers une possible affection du tube digestif.

D'après un exposé du Dr A Quoidbach, Médecine interne, Clinique Saint-Joseph, Gilly.

Y a-t-il encore une place pour le stéthoscope en cardio-vasculaire ?

Depuis les années '70, le législateur a contribué à confirmer la prééminence de la technologie de mieux en mieux remboursée au détriment de l'acte intellectuel. Les sourds finiront-ils par enseigner aux sourds ? Lorsque l'on réalise des tests qui simulent une auscultation cardiaque, on remarque que la moitié des cliniciens passent à côté du diagnostic... Alors que combinée avec une bonne anamnèse et la recherche de facteurs de risque, la prise du pouls et de la TA, l'auscultation permettra d'orienter le diagnostic et la mise au point qui suivra. Le stéthoscope établit un contact privilégié avec le patient. Et lors des examens complémentaires, « on ne trouve bien que ce que l'on cherche ». Trop souvent, des demandes d'examen sont remplies sans la moindre mention d'un début de diagnostic. À l'inverse, les résultats des examens doivent être confrontés à la clinique pour éviter la médicalisation excessive liée à une trop grande sensibilité des techniques. Un bon exemple de l'importance de l'auscultation cardiaque est celui de l'insuffisance tricuspidienne dans l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) : alors que la probabilité d'HTAP, avant d'ausculter un souffle est de 40 %, ce pourcentage monte à 89 % en présence d'un souffle. Si ce souffle n'existe pas, la probabilité tombe à 25 %. L'auscultation cardiaque sera également d'un grand secours en ce qui concerne le 3^e bruit, témoin d'une dysfonction systolique avec une fraction d'éjection inférieure à 50 %. L'apparition et la disparition au cours du temps de ce 3^e bruit est un excellent témoin de l'évolution de l'affection.

Un autre exemple est constitué par le frottement péricardique, qui permettra de poser le diagnostic de péricardite, là où les examens complémentaires sont souvent pris en défaut...

L'absence de souffle à l'auscultation des carotides a une valeur prédictive négative de 97 % pour la recherche d'une sténose.

En rythmologie, même si le diagnostic est posé par l'ECG, l'auscultation attentive permet de soupçonner l'un ou l'autre trouble du rythme.

Certes, l'auscultation cardiaque a des limites : sons de basse fréquence peu audibles, relation entre intensité d'un bruit et sévérité de l'affection pas nécessairement évidente. Néanmoins, l'auscultation cardiaque reste un moyen diagnostique puissant : le stéthoscope est toujours un outil indispensable et incontournable.

D'après un exposé du Dr C Henuzet, cardiologie, CHU de Charleroi.

L'examen clinique orienté en pneumologie

Avant tout examen du système respiratoire, il faudra penser à prendre les 4 grands paramètres : le pouls, la TA, la température et la fréquence respiratoire (FR). Deux sont primordiaux en pneumologie : la FR et la température.

La sensation qu'a le patient d'être fébrile est un bon indicateur de fièvre. La probabilité d'avoir de la température est multipliée par 5 dans ce cas, alors que lorsque le médecin met sa main sur le front du patient, ce chiffre n'est que de 2.

La température normale est de 36°8, et on ne peut parler de fièvre qu'à partir de 37°7. À l'inverse, une température inférieure à 36°1 chez un vieillard atteint de pneumonie est un signe de mauvais pronostic.

On détournera l'attention du patient pour compter sa fréquence respiratoire, par exemple en lui prenant le pouls. La FR normale est de 16 à 25/min. Une fréquence supérieure à 28 et de la fièvre sont de bons indicateurs de pneumonie. En cas de pneumonie justifiant une hospitalisation, une fréquence

> 30/min est un facteur de pronostic péjoratif. Les respirations anormales sont observables à l'inspection: Cheynes Stokes (suivi d'hyperventilation et d'apnées en crescendo/decrecendo qui traduit une décompensation respiratoire ou cardiaque, une atteinte du SNC) Kussmaul (rapide et profonde dont on recherche l'origine dans la MAKE-UP list: méthanol, aspirine, cetoacidose, éthylène glycol, urémie, paraldéhyde, acide lactique), grunting (bruits mi-expiratoires dans la pneumonie et l'œdème pulmonaire, réflexe d'effet de pression expiratoire positive pour augmenter la PaO_2 et augmenter la PaCO_2 : l'inhibition du grunting par la morphine accélère la mort).

La pseudo-cyanose ne frappe que la peau et pas les muqueuses, elle ne disparaît pas à la pression. Elle n'est pas liée à une maladie respiratoire, mais à une imprégnation par des métaux (or, argent), ou par certains médicaments (amiodarone, minocycline, chloroquine, phénothiazine).

L'hippocratismes digital signe une maladie respiratoire dans 80% des cas: tumeur, bronchiectasies, mucoviscidose, abcès, emphyseme, fibrose)))))), dans 15% des cas il s'agit d'autres maladies (cardiopathies cyanogènes, cirrhose, entéro-colopathies chroniques, endocardites), et dans 5% des cas, il est idiopathique et héréditaire.

La tréopnée est une dyspnée qui survient lorsque le malade est couché sur le côté malade: un insuffisant cardiaque sera toujours essoufflé quand il est couché sur le côté gauche.

Le fait de mieux arriver à respirer à plat est appelé platypnée, elle est décrite dans les shunts intracardiaques ou intra pulmonaires. Les «bruits blancs» sont des bruits de la respiration, entendu à la bouche: ils ressemblent au bruit que fait une radio lorsque l'on passe entre les postes. Ils ne surviennent que

dans l'asthme et la BPCO, et le bruit est inversement proportionnel au VEMS.

Lors de l'auscultation, la résonance vocale du patient, qui est normalement perçue comme assourdie, peut s'amplifier, bien qu'en restant non intelligible (bronchophonie); toutefois, les mots murmurés peuvent devenir intelligibles (pectoriloquie), soit encore les sons «iii» se transforment en sons «èèè» (comme le bêlement d'une chèvre, égophonie). Les 3 signes signifient la même chose: une transmission de haute fréquence associée à une densification du parenchyme pulmonaire. S'il y a fièvre et toux, la probabilité d'une pneumonie est multipliée par 4.

La matité du thorax est un bon signe révélateur pour pleurésies et pneumonies. La durée de l'expiration forcée à l'auscultation est < 3 secondes. Si > 9 secondes, probabilité d'obstruction respiratoire.

Pour l'anecdote, signalons qu'un patient incapable de souffler une allumette présente un VEMS inférieur à 1,600 ml/sec.

D'après un exposé du Pr L Delaunois, Pneumologie UCL, Cliniques universitaires de Mont-Godinne.

Clinique de la syncope

Peu de médecins ont l'occasion de voir de leurs propres yeux le début d'une crise d'épilepsie ou d'une syncope. Une université allemande a filmé des volontaires qui acceptaient de «tomber dans les pommes» après avoir hyper ventilé accroupis, s'être relevé et avoir effectué un Valsalva. Les résultats ont été filmés et sont étonnants. Seuls 50% s'effondrent de manière flasque. Des myoclonies surviennent dans 70 à 90% de ces syn-

copes vagales. Elles peuvent concerner uniquement un endroit du corps ou être généralisées. Elles sont souvent multifocales, synchrones et diffuses. Mais des myoclonies synchrones et asynchrones peuvent coexister au cours d'une même syncope... Ce qui les différencie des myoclonies épileptiques est qu'elles durent rarement plus de 30 secondes et ne sont pas rythmiques. Le réveil survient juste après les myoclonies. L'extension de la tête ou du tronc est discrète, contrairement aux crises toniques épileptiques. On n'observe pas de pointes épileptiques à l'EEG. Les yeux sont habituellement ouverts, comme dans une crise de grand mal. Les yeux fermés évoquent plutôt une crise psychogène. Les yeux, dans la syncope, seront déviés vers le haut et parfois latéralement, ce qui peut prêter à confusion avec une épilepsie focale. Toutefois, cette déviation ne dure que quelques secondes dans la syncope. Des vocalisations initiales sont possibles dans la syncope, à différencier du cri épileptique. Des mouvements automatiques sont aussi possibles (dans 80%, petits mâchonnements, mouvements des lèvres...). On observe une perte d'urine aussi souvent dans la syncope que dans la crise d'épilepsie. Par contre la morsure de langue latérale est fortement évocatrice d'une crise convulsive généralisée. Au réveil, les patients qui ont eu une syncope ont l'impression de sortir d'un rêve. L'expérience peut même être agréable pour certains...

Rappelons les facteurs précipitants de la syncope présents dans 50% des cas: station debout prolongée, toux, miction, défécation, effort, hypotenseurs, perte sanguine, douleur ou crainte de douleur, ambiance confinée ou surchauffée, prélèvement ou vue de sang.

D'après un exposé du Pr J Jacquy, neuropsychiatrie ULB, CHU de Charleroi