Uro-néphrologie

Interrogatoire : antécédents (diabète, HTA), néphrotoxiques, injection iode, dysurie/pollakiurie/anurie, brûlures mictionnelles, incontinence hématurie, syndrome polyuro-polydipsique, douleur lombaire ou testiculaire, fièvre, hémospermie, prise de poids

Inspection : œdèmes (membres inférieurs), ascite, testicules, déshydratation/hyperhydratation

Palpation : contact lombaire (normalement on ne sent pas le rein), globe vésical, OGE, TR

Percussion : globe vésical (matité)

Gynécologie

Interrogatoire : antécédents familiaux (cancer), âge puberté, régularité cycles (calendrier des règles), dysménorrhée, IVG, FCS, parité, date des dernières règles (DDR), ménopause, leucorrhées, stérilité, mastodynies, dyspareunie

Règle de Naegle : ajouter 14 jours à la date des dernières règles pour obtenir une date de début de grossesse (applicable si notion de cycles réguliers de 28 jours) - retirer 15 jours à la longueur N du cycle pour obtenir la date d'ovulation (cycles courts ou longs, réguliers en considérant que la phase lutéale a une durée fixe)

Inspection : cicatrice abdominale, épisiotomie, vulve, parois vaginales, prolapsus seins

Palpation : masse abdominale, douleur, palpation seins, aires ganglionnaires, TV, examen au spéculum, TR

***Manœuvre de Tillaux** (prouve la fixation profonde au grand pectoral) : le médecin prend le coude de la patiente, du côté suspect, et l'écarte en abduction, en demandant à la patiente de résister à ce mouvement. La contraction du grand pectoral l'immobilise. Si la tumeur adhère à ce plan musculaire, elle apparaît fixée. Pas de mobilisation possible*

Pathologie 1	Toucher vaginal
Grossesse extra-utérine	Masse latéro-utérine séparée de l'utérus, douloureuse
Cancer du col utérin	Ulcération ou tumeur à base indurée saignant au contact
Kyste de l'ovaire	Masse latéro-utérine séparée de l'utérus

Percussion : ascite

Rhumatologie

Interrogatoire : profession, douleur (mécanique : à l'effort, dans la journée, cède au repos, inflammatoire : insomniante, dérouillage matinal, diminue en cours de journée), marche, genou (dérobement, craquement, blocage, instabilité), rachis (douleurs, raideurs) et autres membres et articulations

Inspection : examen bilatéral, symétrique et comparatif sur patient déshabillé, aspect de la peau, déformation, attitude vicieuse, marche (boiterie, inégalité de pas), statique rachidienne (scoliose, hypercyphose dorsale, hyperlordose lombaire ou cervicale)

Palpation : indice de Schober (repère 1 à hauteur des crêtes illiaques et repère 2 10 cm au-dessus ; en se penchant en avant, l'écart normal doit augmenter de plus de 5 cm), points douleurs électifs, déformations, épanchement articulaire, chaleur locale, amplitudes articulaires

Articulation	Mouvements	Amplitudes physiologiques
Épaule	Abduction Rot externe Rot interne	90° 60° Main colonne dorsale haute
Coude	Extension Flexion Prono-supination	0° 170° 0-180°
Poignet	Extension Flexion Inclinaison ulnaire Inclinaison radiale	80° 90° 40° 20°
Métacarpo-phalangienne	Extension Flexion	60° 90°
Hanche	Flexion Extension Abduction Aduction Rot externe Rot interne	135° 20° 45° 30° 45° 35°
Genou	Extension Flexion	0° 140°
Cheville	Extension Flexion	45° 20°

ECG

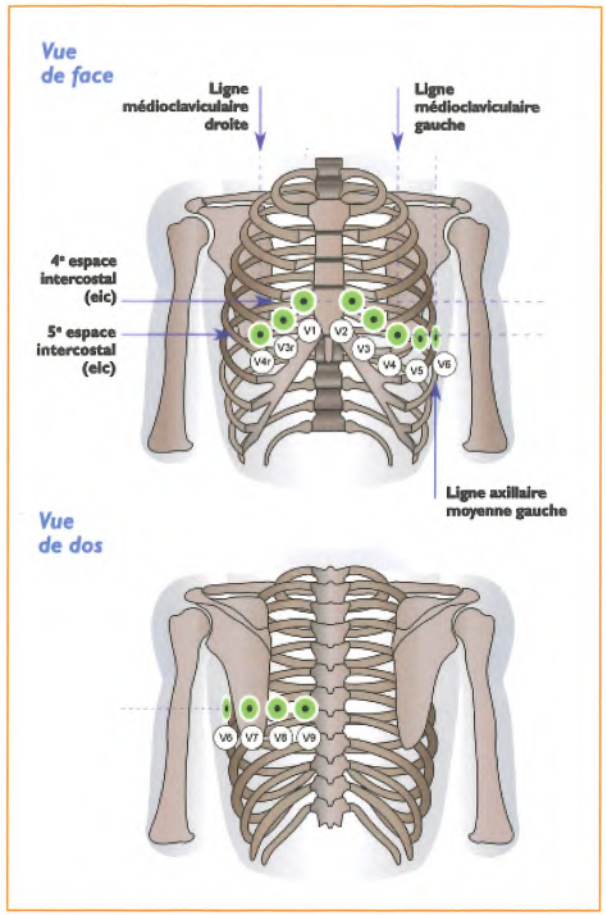


Fig 5. Position des électrodes précordiales (18 dérivations)

Également disponibles sur simple demande :



Conception-réalisation © Éditions Médicilline - www.medicilline.com

CARA Lite book

Dr Gérald Kierzek*

« Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions » Extrait du serment d'Hippocrate

Check-list de rédaction d'une observation médicale

- ☐ **Date, heure, nom et qualité du rédacteur** (étudiant(e) en médecine 5e année)
- ☐ **Motif d'hospitalisation :** homme/femme de X ans, hospitalisé pour (exemple : douleur thoracique depuis 2 jours) suivi(e) par le Dr… (coordonnées médecin traitant/spécialiste)
- ☐ **Histoire de la maladie :** reconstituer chronologiquement l'histoire récente (début, nature et évolution des symptômes, facteurs déclenchants, événements en rapport,…)
- ☐ **Antécédents médicaux** (par ordre chronologique)
  - Personnels (ex : Covid en 2020 avec hospitalisation en réanimation pour 15 jours à l'HEGP, appendicectomie en 2002, Dr Tonsy, Clinique des Peupliers, Poitiers)
  - Familiaux (ex. hypercholestérolémie familiale,…)
  - Habitudes de vie (tabac, alcool, stupéfiants, mode de vie, profession, voyage, vie sexuelle, IMC…) : tabac en paquets.années (PA) = nb de cigarettes par jour * nb d'années/20
  - IMC = Poids (kg) / Taille (m)^2
- ☐ **Traitements** (nom, posologie, durée, observance) et vaccinations (tétanos…)
- ☐ **Examen clinique par appareil** (inspection, palpation, percussion, auscultation)
  - Constantes : TA, FC, FR, glycémie capillaire, SpO2, température
  - Cardiovasculaire, pulmonaire, neurologique, gastro-intestinal et gynéco-urinaire
  - Autres (à adapter au terrain de stage) : rhumatologique, dermatologique, endocrinologique, ophtalmologique, ORL, néphrologique,…
- ☐ **Examens paracliniques**
  - Imagerie : radiographies, échographies, scanner, IRM, autres
  - Biologiques : sang, urines, autres
  - Électriques : ECG, EEG, EMG, autres…
- ☐ **Conclusion**

  Reprendre les points essentiels

  Orientations diagnostiques

  Examens complémentaires à programmer

  Propositions thérapeutiques

  Information donnée au patient(e)/famille et personne de confiance à préciser

* Twitter @gkierzek

GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ

EXAMEN CLINIQUE (appareil par appareil)

Cardiovasculaire

Interrogatoire : dyspnée, douleur, palpitations, claudication (périmètre de marche), facteurs de risque cardiovasculaire (tabac, diabète, cholestérol, hérédité, sédentarité), circonstances (repos, effort)

Dyspnée selon la NYHA

Stade 1	Pas de gêne
Stade 2	Gêne pour des efforts importants
Stade 3	Gêne pour des efforts modérés
Stade 4	Dyspnée de repos ou orthopnée

Classification de Leriche et Fontaine (AOMI)

Stade 1	Abolition d'un pouls
Stade 2	Claudication intermittente - II faible : périmètre de marche > 200 m - I fort : périmètre de marche < 200 m
Stade 3	Douleurs de décubitus
Stade 4	Trouble trophique

Inspection : teint, FR, membres inférieurs (œdèmes, varices, asymétrie)

Palpation : FC, TA aux 2 bras, turgescence jugulaire/reflux hépatojugulaire, godet (œdèmes), pouls (examen bilatéral et symétrique), mollets (souplesse, symétrie, œdème, signe de Homans/dorsiflexion), douleur

Auscultation (fig 1) : rythme, souffle, irradiations, bruits surajoutés ou anormaux

Fig 1. Foyers auscultatoires cardiaques



1. Aortique : deuxième espace intercostal droit
2. Pulmonaire : deuxième espace intercostal gauche
3. Tricuspide : quatrième espace intercostal gauche, parasternal
4. Mitral : apex

On ausculte aussi :
- le cou : souffles (aortique, carotidien)
- la région axillaire

Rétrécissement mitral	Roulement diastolique (apex, mésocardiaque)
Rétrécissement aortique	Souffle systolique (foyer aortique) irradiation carotidienne
Insuffisance mitrale	Souffle systolique (apex) irradiation axillaire gauche
Insuffisance aortique	Souffle diastolique (bord gauche du sternum)

Pulmonaire

Interrogatoire : tabac, profession, expositions/allergies, toux, expectoration, hémoptysie, dyspnée, douleur thoracique, vaccinations (Covid, BCG)

Inspection : FR, aspect du thorax, tirage, cyanose, sueurs, hippocratisme digital

Palpation (bilatérale et symétrique) : vibrations vocales (baisse si épanchement)

Percussion (bilatérale et symétrique) : matité (épanchement liquidien) ≠ tympanisme (épanchement gazeux)

Auscultation (bilatéral et symétrique) : murmure vésiculaire, bruits anormaux

Cornage : traduit un obstacle sous-glottique

Wheezing : sifflement localisé, inspiratoire, expiratoire ou aux 2 temps respiratoires

Râles sibilants : aigus, sifflants, expiratoires, bilatéraux, non modifiés par la toux

Ronchis : graves (tonalité), inspiratoires et expiratoires, modifiés par la toux

Râles crépitants : bruits fins, secs, égaux entre eux, éclatant en bouffées en fin d'inspiration (bruit de sel que l'on jette dans une poêlée huilée chaude)

Râles sous-crépitants : plus gros et humides que les crépitants

Asymétrie ou silence auscultatoire

Frottement pleural : bruit sec, rugueux, perçu aux 2 temps de la respiration, disparaît en apnée (diagnostic différentiel avec le frottement péricardique)

Souffle tubaire : bruit rude, de haute tonalité, perçu aux 2 temps respiratoires, en regard d'un foyer pulmonaire

Neurologique (debout, assis, puis en décubitus)

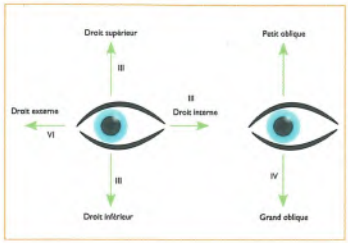
Interrogatoire : céphalées, vertiges, troubles sensitifs (douleurs, paresthésies), moteurs (perte force, chute,…), visuels, aphasie (Broca langage réduit ou Wernicke jargonnant), atcd Covid

Inspection : conscience (Glasgow), marche (Romberg), paires crâniennes (dont oculomotricité) (fig 2), champs visuel (fig 3), mouvements anormaux, apraxie

Score de Glasgow

Ouverture des yeux (Y)/4	
Spontanée	4
À la commande	3
À la douleur	2
Jamais	1
Réponse verbale (V)/5 Nourrisson < 3 ans V : Cri = 5 Geignement = 3 ; Aucune = 1	
Normale	5
Confuse	4
Incohérente	3
Incompréhensible	2
Aucune	1
Réponse motrice (M)/6	
À la demande	6
Bien orientée	5
En retrait	4
Flexion lente stéréotypée, décortication	3
Extension, décérébration	2
Aucune	1

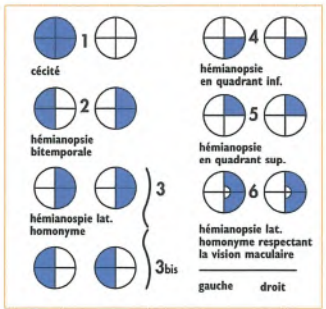
Fig 2. Oculomotricité



Paires crâniennes
I ou nerf olfactif
II ou nerf optique
III, IV et VI ou nerfs oculomoteurs
V ou nerf trijumeau
III, IV et VI ou nerfs oculomoteurs
V ou nerf trijumeau
VII ou nerf facial
VIII ou nerf auditif
IX ou nerf glosso-pharyngien
X ou nerf pneumogastrique
XI ou nerf spinal
XII ou nerf grand hypoglosse

Fig 3. Troubles du champ visuel et localisation lésionnelle

1. Nerf optique gauche
2. Chiasma optique
3. Bandelette optique gauche
3 bis. Bandelette optique droite
4. Lobe pariétal gauche
5. Lobe temporal gauche
6. Scissure calcarine gauche



Palpation : force musculaire, sensibilité (tactile, chaud/froid, douleur, vibrations, position des membres,…), syndrome cérébelleux, vestibulaire, méningé (raideur, signes de Kernig, Brudzinski, photophobie), pyramidal (réflexe cutanéo-plantaire), extrapyramidal

Percussion : réflexes ostéotendineux dont rotuliens (L4), achilléens (S1), tricipital (C7), styloradial (C6)

Gastro-intestinal

Interrogatoire : IMC, alcool, habitudes alimentaires, mode de vie sexuel ou toxicomanie (hépatites), vaccination, prise médicamenteuse (gastro ou hépato-toxique), douleur (localisation, rythme,…), diarrhées/constipation, hémorragies digestives, vomissements, dysphagie (gêne à la déglutition), amaigrissement

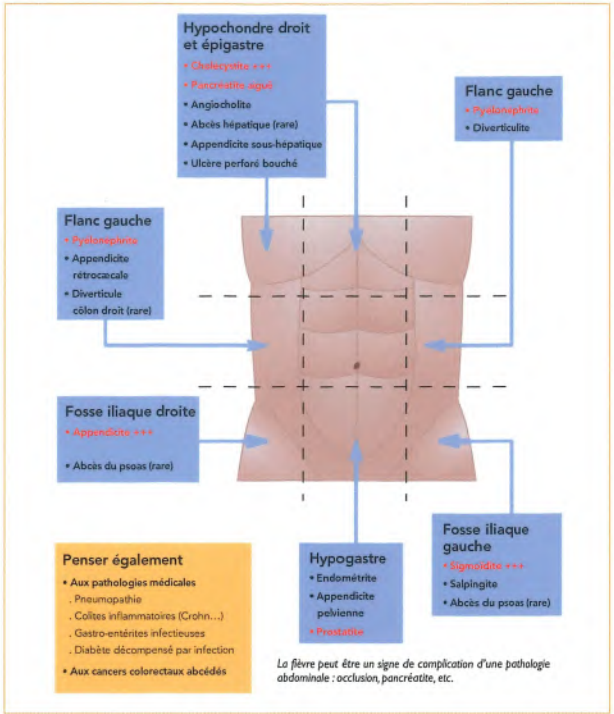
Inspection : ictère, cicatrices abdominales, circulation veineuse collatérale, périmètre abdominal

Palpation : douleur (fig 4), défense, ascite, hépato-splénomégalie, masse abdominale, orifices herniaires

Percussion : matité (ascite = matité déclive) ou tympanisme (météorisme)

Auscultation : bruits hydroaériques, souffle vasculaire, toucher rectal (douleur, sang)

Fig 4. Orientations diagnostiques



Score de Child et Pugh (cirrhose)

	1 point	2 points	3 points
Encéphalopathie	Absente	Confusion	Coma
Ascite	Absente	Minime	Importante
Bilirubine totale (µmol/l)	< 35	35 à 50	> 50
Albumine (g/l)	> 35	28 à 35	< 28
Taux de prothrombine (%)	> 50	40 à 50	< 40

La gravité est croissante avec la valeur du score : entre 5 et 6 points (classe A) ; entre 7 et 9 points (classe B) ; entre 10 et 15 points (classe C)