

* **Interrogatoire**

- **Curriculum laboris** : la **pathologie respiratoire est très attachée à l'environnement** car les alvéoles représentent une grande surface. Ainsi il existe **des métiers à toxicité pulmo** : mineurs de charbon ⇒ silicose, perçage de tunnels, prothésistes dentaire... l'amiante provoque des cancers du poumon et de la plèvre, ainsi qu'une fibrose pulmonaire ; il est rencontré dans les chantiers navals et les enrobés posés sur la route.
- **Prise de médicaments** : bcp de médic^{ts} entraînent des patho respi ; bien **demander ce que le pat^t prend ET ce qu'il A PRIS** puis arrêté, surtout lors de fibrose pulmo et de toux (médic^{ts} contre l'HTA provoquent la toux, cf. pharmaco sur les IEC).
- **Atcd familiaux** : comme les **maladies génétiques** (ex : l'asthme ; si un pat^t en présente les symptômes (essoufflement avec sifflements en expi) la proba que ce soit cette M est élevée s'il y a des atcd familiaux), la susceptibilité aux **cancers ds les familles de fumeurs** (mais pas de cancers respi familiaux !), ainsi que des **cas de tuberculose chez des proches**.
- **Exposition tabagique** : demander quand le pat^t a commencé et quelle quantité ⇒ nb de « **paquets-années** » = nb de paquets fumés par jour × nb d'années d'exposition. Il faut aussi demander l'âge de début. ⇒ risque élevé de cancer à partir de 15 paquets-années, et d'autant + élevé que le pat^t a commencé jeune !
- **Signes fonctionnels** :
 - ↳ **Toux** : **aiguë, subaiguë ou chronique**. Aiguës et subaiguës sont presque tjs post-infectieuses ; chroniques durent + de 6 à 8 semaines ⇒ investigations. **Toux particulière de la coqueluche** : quintes émétisantes, voire qui fait des malaises/syncopes (cette maladie n'est pas limitée aux enfants : la vaccination est limitée dans le tps ⇒ on voit ajd de + en + de gens de 40-50 ans atteints).
 - ↳ **Expectoration** : il faut la décrire : **couleur** (transparent, verdâtre, jaunâtre, grisâtre) ? **visqueux ou fluide** ? En dehors d'un épisode infectieux aigu, bronchite, ou pneumonie, **normalement on ne crache pas**. Si le pat^t dit cracher tous les jours c'est patho. 2 maladies font cracher chroniquement : mucoviscidose et bronchectasie (destruction des bronches ⇒ petits sac de pus ; hippocratisme digital).
 - ↳ **Dyspnée** : terme général. Attention qd le pat^t dit seulement être fatigué/déprimé : il ne se rend pas forcément compte qu'il est dyspnéique, qu'il ne peut plus monter les escaliers aussi vite qu'avant, car il s'adapte au handicap, à ses capacités ⇒ il peut être utile d'interroger l'entourage proche (conjoint par ex). La dyspnée est relative, elle n'est pas proportionnelle à la perte fonctionnelle (comme la douleur).
 - **Orthopnée** : dyspnée qd on est allongé (décubitus dorsal complet) ⇒ oblige à se redresser (orthos = droit).
 - **Platypnée** : dyspnée qd on est debout (rare).
 - **Polypnée** : respiration rapide et superficielle.
 - **Hyperpnée** : ↗ de la ventilation/minute.
 - **Tachypnée** : respiration rapide.
 - **Bradypnée** : respiration ralentie ; pt être expi/inspiratoire. N= tps inspi de 1 pour tps expi de 2-3.
 - **Hypopnée/Oligopnée** : ↘ fréquence ventilatoire (ex : comas, anesthésies).
 - **Apnée** : arrêt de la respiration.
 - **Mesure de la dyspnée** : demander au pat^t ce qu'il peut faire ; on peut utiliser l'échelle visuelle analogique (réglette graduée) pr dyspnée aiguë ; ±5 stades (indicatifs car il existe plusieurs échelles) :
 - 🟢 stade 0 : il monte les escaliers 4 à 4 sans être essoufflé.
 - 🟡 stade 1 : dyspnée pour efforts importants (comme monter les escaliers 4 à 4).
 - 🟠 stade 2 : dyspnée qd il monte 1 étage, à la marche rapide, à la marche légère en côte.
 - 🔴 stade 3 : dyspnée à la marche normale sur terrain plat.
 - 🔴 stade 4 : dyspnée à la marche lente.
 - 🔴 stade 5 : dyspnée au moindre effort de la vie quotidienne (douche, habillage, parole...).
 - ↳ **Apnée du sommeil** : surtout chez sujets qui ronflent, pdt sommeil paradoxal. Ils font des pauses respiratoires pdt lesquelles ils désaturent ⇒ micro-réveils ⇒ épuisés en journée ⇒ hypersomnie diurne (s'endorment facilement en journée à tt mmt (danger au volant !)) ; échelle de somnolence d'Epworth.
 - ↳ **Hémoptysie** : émission de sang rouge vif aéré (artères bronchiques), évacué par un effort de toux, à partir des voies respi sup (≠ hématomèse : en général sang rouge foncé (veines, varices, sauf ulcère estomac où sang rouge vif), avec débris d'aliments, évacué par un effort de vomissement, à partir du tube digestif proximal (œsophage, estomac) ; ≠ épistaxis : saignement de nez, sphère ORL). La gravité d'une hémoptysie est son volume et le **terrain respiratoire sous-jacent** (pour la même quantité de sang, la gravité est ++ chez l'insuff respi sous-jacente ⇒ détresse respi, alors que chez des poumons sains ce sera bcp moins grave).
 - ↳ **Douleur thoracique** : le poumon ne fait pas mal, ce sont les enveloppes ⇒ **plèvre, paroi thoracique**. La carac d'une douleur thoracique d'origine pulmo est **respiro-dépendante** ⇔ majorée par mvts respi/toux.

* Examen

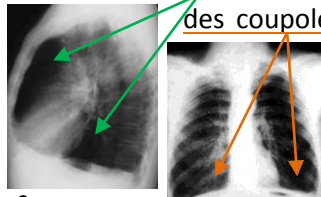
➤ Inspection

- ↳ **Cyanose** : signe très tardif du manque d'O₂ ⇒ ongles, lobes des oreilles, lèvres, nez... ⇒ mesurer la **saturation** et les **gaz du sang** (gazométrie). [ne pas confondre avec l'argyrisme (=intoxication à l'argent)]
- ↳ **Tatouages** : renseignent sur le métier du pat^t (ex : tatouages des mineurs évoquant le diag de silicose).
- ↳ **Dilatation des veines** thoraciques superficielles présternales et pectorales.
- ↳ **\$ cave sup** : veine cave sup bouchée/comprimée ⇒ dvp^t du **réseau veineux collatéral** (paroi thoracique), **œdèmes** (visage, cou, épaules, muqueuses, yeux gonflés le matin...), **dyspnée, céphalées**.
- ↳ **Insuff veineuse** du membre inf (voir *sémio chir vascu*).
- ↳ **Hippocratisme digital** : bombm^t indolore des ongles en verre de montre ⇒ doigts en "baguettes de tambour". Se voit ds les **bronchectasies étendues** avec expectorat° de pus ++, **kc du poumon, fibrose poumon/foie**.
- ↳ **Ostéoarthropathie pneumique hypertrophiante** : inflammato°/calcificato° du périoste aux extrémités des membres ⇒ douleurs fqtes et insomniantes, épaissism^t des extrémités. Touche os, articul^{os}, tissus mous. Se voit ds les **\$ paranéoplasiques** (cancer du poumon).
- ↳ **Comblement creux sus-clav** : ça peut être le signe d'une tumeur de l'apex du poumon.
- ↳ **\$ Claude Bernard Horner** = **myosis + ptosis + enophtalmie**. Se voit ds **lés^{os} de la chaîne Σ** et du **gg° stellaire**. (le gg° stellaire se trouve au niv de l'apex du poumon, et peut ainsi être lésé par une tumeur ou autre...)
- ↳ **Morphotype** : c important car les patho diffèrent entre le sujet en surcharge pondérale ("blue bloater" bouffi bleu tousseur cracheur cyanosé) et le sujet maigre ("pink puffer" essoufflé rose dyspnéiq à l'effort).
- ↳ **Forme du thorax** : peut orienter vers la cause d'une **insuff ventilatoire** :

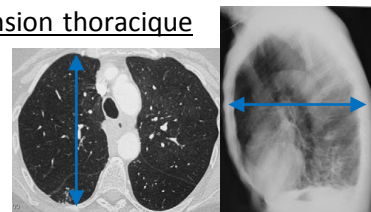


- **Restrictive** : "maladie du tuyau", ⇔ ↓ des **volumes**. Forme du thorax carac de la cyphoscoliose.

- **Obstructive** : "maladie du sac", ⇔ ↓ des **débits**. Forme carac de la distension thoracique chronique ; sur des RX du thorax on voit : ↑ du diamètre antéro-post du thorax, ↑ des espaces clairs rétrosternal et rétrocardiaque, aplatissement des coupes diaphragmatiques, ↑ des espaces intercostaux.



Le signe de Campbell : le sternum monte vers le ht et l'avt car les côtes remontent ⇒ ↓ de la distance entre le sternum et le cartilage thyroïde (N=4 travers de doigts ⇒ ≈1 travers de doigt).



- **Mode ventilatoire** : signe de Hoover : à l'inspiration, les côtes rentrent en dedans, témoins de l'aplatissm^t du diaphragme. La mise en jeu des muscles respiratoires accessoires est pathologique (⇔ diaphragme insuffisant). La respiration paradoxale = asynchronisme thoraco-abdominal (expansion thoracique à l'inspi et dépression abdo à l'expi [mise en tension des muscles abdo]). L'orthopnée, "signe du trépied" : pat^t assis avec les bras appuyés sur les genoux vers l'extérieur.

➤ Palpation : bilat et comparative !

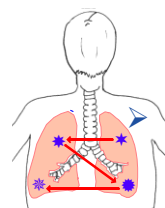
- ↳ **Thoracique** ⇒ **vibrations vocales (VV)**, sur les 2 champs pulmonaires ('dites 33 !' ou 'could you say 99 ?'). Elles sont atténuées qd le poumon est décollé de la paroi ⇒ épanchm^t pleural (pneumo-/hémohydrothorax), augmentées qd le poumon est condensé.
- ↳ **Extra-thoraciques** :
 - Aires ganglionnaires : axillaires, sus-clavières...
 - Œdèmes
 - Reflux hépato-jugulaire : appuyer progressivement mais fermement sous le rebord costal D^t.
 - Signe de Harzer : doigts sous la xiphoïde ⇒ on sent un pouls si le ventricule D^t est très dilaté.

➤ Percussion : bilat et comparative !

- ↳ **Matité** : **liquide** dans la cavité pleurale (pneumo-/hémohydrothorax), ou remplacement de l'air des alvéoles par une **consolidation** ou un **exsudat** (pneumonie, atélectasie...).
- ↳ **Tympanisme** : **air** dans la cavité pleurale (=pneumothorax).
- ↳ **Hypersonorité** : **emphysème**, ou crise d'asthme.

Auscultation : bilat et comparative ! [<http://www.splf.org/s/spip.php?article1197>]

- ↳ **Sons normaux** : murmure vésiculaire (MV), et le "son trachéal".
- ↳ **Sons anormaux** : ↓ du MV (M obstructives, air/liquide ds cav^{te} pleurale); sibilants (obstruction bronchique [asthme, BPCO]); ronchi (idem sibilant); stridors (obstruction des voies aériennes sup); crépitants de fin d'inspi (M interstitielles et du parenchyme pulmonaire); sous-crépitants = crépitants de mi-inspi (hypersécrétion bronchique); crépitants de début d'inspi (obstruct° bronchique sévère) frottement pleural (inflammation ou néoplasies de la plèvre).



* Grands syndromes :

➤ Notions de physiopatho :

- ↳ la dyspnée est multifactorielle, car même sur des poumons sains on peut être essouffés (insuff card, anémie, alitement...).
- ↳ On peut avoir une insuff respi sans insuff venti (insuff card sévère, maladies vasculaires pulmonaires...).
- ↳ Il existe un mécanisme de défense : vasoconstriction ds les zones alvéolaires pauvres en O₂ ⇒ hypertension dans ces vx & sang redistribué dans les zones saines ⇒ insuff card D^{te}.

➤ Atteinte du nerf récurrent ⇒ dysphonie par paralysie de la corde vocale homolat.

➤ § de Pancoast et Tobias : retrouvé dans les cancers de l'apex du poumon, il associe les symptômes suivants :

- ↳ **Néuralgie cervico-brachiale** ⇒ fourmillements/douleur le long du bord interne du bras.
- ↳ **Ostéolyse douloureuse** de la 1^{ère} côte et/ou de la 2^{ème} côte.
- ↳ **§ de Claude Bernard Horner** par compression de la chaîne Σ, dont le gg° stellaire.

➤ § de Claude Bernard Horner : s'observe dans les lésions de la chaîne Σ et du gg° stellaire ; associe

- ↳ un **myosis**,
- ↳ un **ptosis**,
- ↳ et une **enophtalmie**.

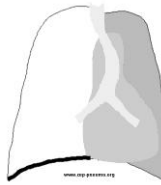
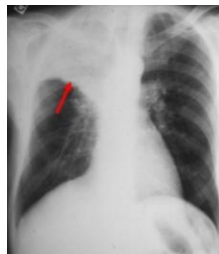


➤ § cave sup : **œdème en pèlerine** (=œdème de la face, cou, partie sup du thorax, membres sup) ⇒ bouffissure du visage, effacement des creux sus-claviculaires, ↗ du diamètre du cou.



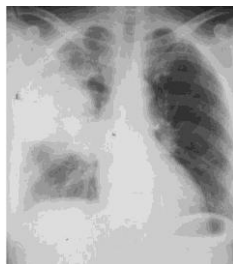
➤ § d'obstruction bronchique :

- ↳ **Atélectasie** = réduction de volume systématisé à 1 segment/lobe/poumon, liée à l'obstruction d'une bronche segmentaire/lobaire/principale. Entraîne une hypoventilation du territoire en aval.
- ↳ **Percu** : foyer de matité. **Palpa** : ↗ des VV.
- ↳ **Radio** : opacité de tonalité hydrique, systématisée, rétractile, sans bronchogramme aérien*, à bord concave.



➤ § de condensation alvéolaire :

- ↳ **Auscu** : foyer de crépitants et souffle tubaire. **Percu** : foyer de matité. **Palpa** : ↗ des VV.
- ↳ **Radio** : opacité système non rétractile, avec bronchogramme aérien.



➤ § pleural :

- ↳ **Auscu** : ↘ du MV. **Percu** : foyer de matité. **Palpa** : ↘ des VV.

* **Bronchogramme aérien** : signe radiologique consécutif à la disparition de l'air contenu normalement dans les bronches, cet air étant remplacé par un liquide ou par des cellules. La bronche devient alors visible à la radiologie standard. [merci wiki]