

# Bases de Pneumologie

*Le professeur Marquette commence son cours en nous donnant les sources documentaires :*

*- Il existe un poly national sur le site [www.cep-pneumo.org](http://www.cep-pneumo.org) où l'on peut trouver des vidéos illustrant différentes situations de séméiologie respiratoire. On peut les télécharger gratuitement et sans mot de passe.*

*- La référence est le poly national pour la pneumologie, mais bien sûr il privilégie les sujets dont il parle en cours.*

*- Enfin le professeur Marquette fait partie du collège des 10 enseignants qui nous préparent les réformes pour l'ECN, or il y a des chances pour que nous passions notre lecture critique d'article en anglais.*

*- Je suis allé voir le professeur à la fin du cours pour lui demander s'il fallait apprendre ce qu'il disait/ rajouté en cours ou ses diapos, il m'a répondu qu'il fallait savoir les 2.*

## .La pathologie respiratoire

L'interrogatoire est le premier temps de l'examen clinique, il représente environ 70% du chemin diagnostic. Ceci est différent dans certaines disciplines médicales comme l'endocrinologie où il faut attendre le résultat des différentes analyses. Il permet de connaître le motif de la consultation, l'âge, la profession et les **facteurs de risques respiratoires du patient**. Il permet aussi de se renseigner sur les différents antécédents du personnels patient (Asthme, rhinite allergique (dans l'enfance), Tuberculose, ORL (nez, sinus, gorge), Maladies cardiovasculaires, Thrombo-embolie, Digestif (RGO), Neurologique (troubles de la déglutition), Rhumatologique, systémique...) ou familiaux (asthme, rhinite allergique, tuberculose ou cancer).

**Il est dit que l'interrogatoire plus le scanner font la majorité du diagnostic.**

Si une personne se plaint de problèmes respiratoires (ex : la toux...) quelles sont les questions à lui poser ?

**. TABAC ?** (*si il n'y avait pas de tabac, certains médecins seraient au chômage*). Si oui depuis quand, et combien de paquet ?

Ex : une personne qui fume 1 paquet par jour pendant 10 ans fume 10 PA

une personne qui fume 2 paquets par jour pendant 5 ans fume aussi 10 PA (nb de paquets/jour × nb d'années)

Il faut aussi lui demander à quel âge il a commencé à fumer ?

Ex 2 cas de figure : J'ai 12 ans et j'ai fumé 1 paquet/jour pendant 20 ans soit 20 PA.

J'ai 70 ans et j'ai fumé 4 paquets/jour pendant 5 ans pour rattraper le retard soit aussi 20 PA.

Ici il vaut mieux être dans le cas de la personne de 70 ans : **Durée et précarité sont importantes.**

La durée du tabac intervient dans la notion de : .risque cancéreux  
.risque cardio vasculaire (atteinte des  
coronaires notamment)

Par exemple quand j'arrête de fumer le risque cardio vasculaire s'annule contrairement au  
risque carcinogène où on a besoin de 15 ans pour que tout revienne à la normale.

**Quantité de tabac consommée / jour X 2  $\Rightarrow$  risque de cancer X 2**

**Durée de consommation X 2  $\Rightarrow$  risque de cancer X 20**

**.ALLERGIES ?** Dépend notamment du facteur génétique. L'allergie est une proportion  
supérieure à la normale à développer des Immunoglobulines E (à retenir pour l'instant).  
Par contre, on ne naît pas avec une allergie constituée, mais on a la capacité à devenir  
allergique dans nos gènes.

**.TRAVAIL/PROFESSION ?** Le facteur de risque professionnel intervient dans 15% des 3  
plus grandes maladies pulmonaires à savoir l'asthme, le cancer du poumon (bronchique) et la  
BCPO. Ce facteur de risque est aussi directement responsable d'autres maladies comme les  
Pneumoconioses, Pneumopathies d'hypersensibilité ou la Bérilliose.

Ex de professions qui nous exposent au cancer du poumon :

- Le bâtiment/électricien/ouvrier dans les chantiers navals (l'amiante : carcinogène puissant  
présent dans les fibres d'isolation thermique, électrique et phonique. Elle induit des cancers  
du poumon et notamment de la plèvre : mésothéliome).
- les mineurs de charbon, les prothésistes dentaires dans la région où les ouvriers pakistanais  
dans les ateliers ont des chances d'avoir une silicose( réaction inflammatoire qui fibrose le  
poumon) provoquée par la silice. La couche de roche avant le charbon est formée de silice, la  
meule du prothésiste aussi. Les trous dans les jeans eux sont fait par les ouvriers pakistanais  
avec des canons à sable.
- Certaines poussières notamment dans l'industrie ou l'agriculture. (*Ex : les poussières GRAM  
négligé des étables d'agricultures et notamment de porcs*)

**.L'ASTHME ?** Certaines professions y sont très exposées. D'où peut venir l'asthme ?

- Les métiers exposés aux allergènes. Ex : les professions médicales exposées au latex qui est  
super allergisant.
- Les techniciens de laboratoires exposés aux poils et aux urines des rongeurs ( lapins....)
- Les boulangers avec la farines qui contient des protéines hautement allergènes
- Les coiffeurs lors de la teinture (les décolorants pour cheveux sont allergisants).
- Les peintres au pistolet (les durcisseurs contenus dans la peinture peuvent entraîner un  
asthme de novo : asthme aux isocyanates)
- Le personnel d'entretien (chlore, souffre).

Lors de l'interrogatoire pour une maladie respiratoire, il faut donc demander si il fume, depuis  
quand, pendant combien de temps, avec quelle intensité, quelle profession exerce-t-il.

L'interrogatoire professionnel correspond au *curriculum laboris*

## Les symptômes possibles ( plaintes possibles du patient)

- .Toux
- .Expectorations
- .Dyspnée (essoufflement)
- .Ronflement/ Somnolence
- .Hémoptysie (crache du sang)
- .Douleurs Thoraciques

*NLDR : Le choix du type d'examen n'a pas encore été fixé, mais le professeur Marquette dit que ce devrait être sous forme de QCM RICHES (histoire d'un gars en 3 à 5 lignes et le qcm)*  
*Ex : Monsieur X vient consulter pour un essoufflement, il fume 1 paquet/jour. Au terme des différents examens, il lui est diagnostiqué un cancer des bronches. Que nous manque-t-il pour estimer le risque tabagique ?*

*Items : Durée*

*Interruption*

*Age du commencement....*

## La toux : Acte réflexe

Le mécanisme de la toux comprend plusieurs étapes :

.Voie afférente : irritation →cerveau (cortex cérébral) →nerfs efférents (phrénique, intercostaux, et les différents plexus des muscles respiratoires accessoires)→ contraction du diaphragme→toux

.Les récepteurs à la toux sont spontanément dans la trachée, les bronches mais aussi dans les conduits auditifs externes, la sphère ORL (une rhinite fait tousser), la plèvre ou le diaphragme. *Nous pouvons faire une expérience en prenant un coton tige + un bébé de 3 mois, on lui chatouille les narines et hop il tousse. Vous pouvez aussi essayer cela avec votre voisin cela marchera aussi.*

.On distingue aussi la toux des voies aériennes supérieures.

**Il faut demander au patient depuis combien de temps il tousse !!!!** Ainsi on pourra séparer les toux aiguës (irritatives banales), des toux chroniques (asthme/bronchite chronique).

On considère une toux chronique si elle dure depuis plus de 6 à 8 semaines. On devra dans ce cas-là, mener une enquête diagnostic. En dessous, et sans d'autres signes pouvant faire penser à une autre maladie, on considèrera la toux comme aiguë et on reverra le patient dans plusieurs jours (dans 99% des cas la toux passera).

Il faut aussi demander dans quelles circonstances le patient tousse. Cela a généralement peu d'intérêts sauf dans : - la toux primo décubitus (quand la personne s'allonge elle tousse) dans le RGO (reflux gastro œsophagien), irritation du pharynx.

-la toux préprandiale, lorsque la nourriture va dans les voies respiratoires, significatif d'un dysfonctionnement de l'épiglotte.

- la toux nocturne est observée dans l'asthme et constitue un élément clé dans l'évaluation du bon contrôle de l'asthme.

- La toux d'effort survient dans 2 circonstances très différentes : elle constitue un équivalent d'asthme, notamment chez l'enfant ; chez l'adulte hypertendu ou coronarien elle peut traduire une décompensation cardiaque sous-jacente.

Il existe un cas particulier : la coqueluche donne une toux aboyante (hors programme).

## L'expectoration

Elle est souvent banalisée.

Il faut demander si la toux est productive (glaires, mucosité...), si elle est propre, sale, demander son aspect, sa consistance, sa couleur. Si elle est jaune verdâtre, cela veut dire qu'il y a du pus et que les globules blancs sont altérés. Il faut bien sûr demander depuis quand ont lieu ces expectorations et si elles sont quotidiennes.

S'il y a un grand volume, on parle de bronchorrhée (suspectation de bronchectasie),

Lorsqu'une expectoration est purulente, on doit suspecter une infection respiratoire haute ou basse.

## La dyspnée

**Tableau I. – Définition des différents types de difficultés respiratoires.**

<b>Sensations subjectives</b>	Dyspnée	Terme général indiquant une sensation respiratoire désagréable Il peut y avoir dyspnée et absence de modification objective de la fréquence ou de l'amplitude des mouvements respiratoires
	Orthopnée	Dyspnée de décubitus
	Platypnée	Dyspnée en position orthostatique (shunt droite gauche, cirrhose)
	Polypnée	Respiration rapide et superficielle*
<b>Phénomènes objectifs</b>	Hyperpnée	Exagération de l'amplitude des mouvements respiratoires*
	Tachypnée	Accélération du rythme respiratoire
	Bradypnée	Respiration lente
	Hypopnée, oligopnée	Diminution de la ventilation
	Apnée	Arrêt plus ou moins prolongé de la respiration

\* : En pratique, augmentation ou diminution de l'amplitude sont rarement mesurées.

Malheureusement, lors d'une consultation le patient ne vient pas à vous en disant : « Docteur, aidez-moi, je suis dyspnéique ». Il vous dira plutôt, je suis essoufflé, j'ai mal à la poitrine, j'ai un poids sur la poitrine, j'ai la poitrine serrée, je suis à court de souffle ( shortness of breath ).

Il existe plusieurs dyspnées : On peut commencer par différencier les dyspnées chroniques (BPCO) des dyspnées aiguës (asthme).

Il existe aussi :

**-l'orthopnée** qui survient en position couchée, insupportable. Elle est quantifiée par le nombre d'oreillers utilisés par le patient pour se redresser.

→ Insuffisance cardiaque gauche (augmentation du retour veineux et donc de la pré charge) mais l'orthopnée n'est pas spécifique de l'ICG

→ Les pathologies bronchiques obstructives sévères (crise d'asthme ; BPCO très évoluée)

→ Maladies neuromusculaires respiratoires (paralysie phrénique bilatérale)

→ Insuffisance diaphragmatique : Quand un patient est debout son ventre est sous le diaphragme et il n'engendre pas de pression dessus. Mais lorsqu'il s'allonge les viscères poussent dessous. (Phénomène amplifié chez les obèses)

→ Pathologie de distension thoracique, lorsque le patient va s'allonger la cage thoracique peut perdre jusqu'à 15% de son volume et donc provoquer une dyspnée.

**-platypnée (orthodéoxie):** C'est l'inverse de l'orthopnée, le patient n'est bien que couché.

Désaturation oxyhémoglobinée en position assise ou debout par rapport à la position allongée (**orthodéoxie**).

→ **Foramen ovale perméable** : Le sang passe directement de l'oreillette droite vers l'oreillette gauche.

→ **Syndrome hépato pulmonaire** : Shunt intra-pulmonaire secondaire à la formation de méga capillaires.

→ **Anévrysmes artério-veineux pulmonaires** (ex : Maladie de Rendu Osler).

**- trepopnée** : Essoufflé sur le côté. Dyspnée apparaissant en décubitus latéral

→ Signe une hypoventilation unilatérale

→ Quand le malade se couche sur le côté lésé, la perfusion augmente du côté du poumon non ventilé, aggravant le shunt.

**-tachypnée** : respire plus vite, accélération du rythme.

**-polypnée** : respiration rapide et superficielle

**-hyperpnée** : grande amplitude de respiration

**-bradypnée** : respiration lente inspiratoire ou expiratoire. Il peut y avoir des freinages.

Ex : Freinage expiratoire si le patient souffre de maladie bronchique (obstacle distal dans les bronches)

Freinage inspiratoire si atteintes des voies aériennes supérieures

**-apnée** : Ne respire plus

*Exemple de QCM riche : Monsieur X vient en consultation, il est asthmatique et à l'examen, on trouve une respiration de 25 cycles/minute avec une respiration superficielle, comment décrire cette respiration : polypnée superficielle/ bradypnée/apnée...*

## **La douleur**

La douleur est subjective. Une personne peut crier quand on lui écrase la main alors qu'une autre personne dira juste « ouille ».

Elle est difficile à quantifier notamment pour les maladies chroniques. En effet, l'être humain s'adapte sa vie à son handicap.