



# Signes fonctionnels et signes physiques en Pneumologie

**Pr Charles-Hugo MARQUETTE**

[marquette.c@chu-nice.fr](mailto:marquette.c@chu-nice.fr)



www.cep-pneumo.org

Site du Collège des Enseignants de Pneumologie (CEP)

## ENSEIGNEMENT DU PREMIER CYCLE

- Annuaire du CEP
- Enseignement du 1<sup>er</sup> Cycle (PCEM)
- Enseignement du 2<sup>ème</sup> Cycle (DCEM)
- Enseignement du DES de pneumologie
- Diplômes universitaires (DU) et inter-universitaires (DIU)
- DFMS et DFMSA
- Bourses de recherche et de formation
- Recherche
- Textes réglementaires et rapports officiels
- Réunions
- CNU de pneumologie
- Annonces

### Sémiologie respiratoire - Référentiel national

Version actualisée (septembre 2009) du Référentiel de Sémiologie rédigé par le Collège des Enseignants de Pneumologie

### Banque de sons de l'auscultation thoracique

Phono-pneumogrammes qui illustrent le chapitre Auscultation pulmonaire du Référentiel de Sémiologie Respiratoire rédigé par J-L. Racineux et A. Bohadana

### Banque de vidéos - Sémiologie respiratoire

Documents de formation qui complètent les différents chapitres du Référentiel de Sémiologie Respiratoire

### Banque de diapositives pour l'enseignement de la sémiologie respiratoire

Diapositives à la disposition des enseignants pour illustrer l'enseignement de la sémiologie ou de la pathologie respiratoire



- Annuaire du CEP
- Enseignement du 1<sup>er</sup> Cycle (PEM)
- Enseignement du 2<sup>ème</sup> Cycle (DCEM)
- Enseignement du DES de pneumologie
- Diplômes universitaires (DU) et inter-universitaires (DIU)
- DFMS et DFMSA
- Bourses de recherche et de formation
- Recherche
- Textes réglementaires et rapports officiels
- Réunions
- CNU de pneumologie
- Annonces
- Liens
- Autres

Date de publication: 2010-06

Sémiologie respiratoire - Référentiel national

## Sémiologie respiratoire - Référentiel national

**Version actualisée (juin 2010) du Référentiel de Sémiologie rédigé par le Collège des Enseignants de Pneumologie**

En bas de page vous trouverez la « version papier » de ce Référentiel. Celle-ci est libre de droits et peut être utilisée comme polycopié de sémiologie à visée d'enseignement (corpo et autres associations d'étudiants). Elle est en noir et blanc, destinée à ceux qui souhaitent imprimer le Référentiel.

Les lecteurs sont invités à compléter leurs connaissances sur la version électronique du référentiel, l'outil numérique donnant accès à une riche iconographie (photos et schémas), à une banque de vidéos et à une banque des sons de l'auscultation accessibles directement ou via les liens hypertextes au sein des textes de chaque chapitre (voyez notamment les chapitres Inspection-palpation et Signes de gravité). Ces éléments visuels et auditifs sont indispensables à la bonne compréhension de la sémiologie respiratoire.

► **Introduction** - F. Chabot, B. Maître

[Télécharger le document Word](#)

### INTERROGATOIRE

► **L'interrogatoire en pneumologie** - F. Lebargy, S. Dury, O. Toubas

[Télécharger le document Word](#)

► **Facteurs de risque respiratoires et mode de vie** - J.C. Dalphin

[Télécharger le document Word](#)

### SIGNES FONCTIONNELS RESPIRATOIRES

► **Toux de l'adulte** - J.C. Dalphin

[Télécharger le document Word](#)

► **Expectorations** - J.C. Glérant

[Télécharger le document Word](#)

- **L'interrogatoire**

- C'est le premier temps de l'examen clinique.
- Il permet de connaître le motif de la consultation, l'âge, la profession et les **facteurs de risques respiratoires** du patient.
- L'histoire de la maladie doit être détaillée, éclaircie si nécessaire.
- Ensuite, il est nécessaire de connaître l'habitus, les traitements en cours, le statut vaccinal, les antécédents personnels et familiaux, notamment d'allergie et de maladie veineuse thromboembolique.
- Au terme d'un interrogatoire bien mené, vous avez une hypothèse diagnostique bien étayée dans la majorité des cas.

- **L'interrogatoire**

1. Sa plainte (signes fonctionnels)

2. Ses principaux ATCDs personnels

- Asthme, rhinite allergique (dans l'enfance)
- Tuberculose
- ORL (nez, sinus, gorge)...
- Maladies cardiovasculaire
- Thrombo-embolie
- Digestif (RGO),
- Neurologique (troubles de la déglutition)
- Rhumatologique , systémique...

3. Ses principaux ATCDs familiaux

- Asthme, rhinite allergique
- Tuberculose
- Cancers

- **L'interrogatoire**

- 4. Exposition au risque tabagique

- Actif
- Passif
- Intensité et Ancienneté
  - Quantité moyenne/jour (équivalent paquet de 20 cigarettes)
  - La consommation totale se calcule en paquets-année (PA)
    - 1 paquet/j pendant 20 ans = 20 paquets-année
    - 0,5 paquets/j pendant 40 ans = 20 paquets-année

**quantité de tabac consommée / jour X 2  $\Rightarrow$  risque de cancer X 2**  
**durée de consommation X 2  $\Rightarrow$  risque de cancer X 20**

- **L'interrogatoire**

- 5. Exposition à des risques professionnels

- concerne 15% des trois "grandes" maladies respiratoires chroniques
      - Asthme
      - BPCO
      - cancer bronchique
    - est directement responsable d'affections plus rares mais non exceptionnelles
      - Mésothéliome
      - Pneumoconioses
      - Pneumopathies d'hypersensibilité
      - Béryllose

## **La plainte du patient (signes fonctionnels)**

1. Toux
2. Expectoration
3. Dyspnée
4. Somnolence, ronflements
5. Hémoptysie
6. Douleur

- **Toux**

- Rappel physiologique: ACTE REFLEXE

- voie afférente : ce sont les récepteurs d'irritation présents en grand nombre dans la sphère ORL, la trachée et les grosses bronches, la plèvre et le diaphragme, accessoirement le conduit auditif externe.
- Le signal transmis au centre de la toux (bulbe) et/ou au cortex cérébral ce qui explique le caractère souvent réflexe, parfois volontaire de ce symptôme
- voie efférente est représentée par le nerf phrénique, les nerfs intercostaux et tous les rameaux nerveux des muscles respiratoires accessoires (abdominaux, lombaires).
  - grande richesse des terminaisons nerveuses sensibles dans les voies aériennes, supérieures, les bronches et la plèvre
  - pauvreté des informations nociceptives en provenance du tissu pulmonaire lui-même.
    - Une inflammation discrète du pharyngo-larynx est tussigène ; une volumineuse tumeur parenchymateuse respectant plèvre et médiastin ne l'est pas

- **Toux aiguë ou chronique**

- toux aiguës (< 3 sem) et sub-aiguës (3-8 semaines)
  - récente survenant dans un contexte clinique évident (infection rhinopharyngée, bronchite, fièvre, exposition à un agent irritant)
  - le bilan étiologique est inutile
  - guérissent en général en moins de 8 semaines
  - traitement symptomatique : bromure d'ipatropium ± corticostéroïdes inhalés (CSI)
  - si toux rebelle non productive handicapante: anti-tussifs centraux (codeïne)

- **toux chronique : durée  $\geq$  8 semaines**
  - symptôme fréquent pour lequel une enquête diagnostique est systématique requise



- **Toux**

- Conditions et horaire de survenue de la toux

- une toux de primodécubitus ou l'association à un pyrosis évoque un réflexe gastro-œsophagien
- 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.
- La toux perprandiale évoque des troubles de déglutition ou l'apparition d'une fistule oesotrachéale
  - Ces éléments ont une valeur indicative mais s'avèrent en pratique peu fidèles

- Toux sèche et toux productive

- Il est classique d'opposer la toux réflexe (toux spasmodique) qui autorise un traitement antitussif et la toux productive ramenant une expectoration muqueuse ou purulente

- **Toux**

- cas particulier : coqueluche

- suspicion devant :
  - toux quinteuse émétisante
  - chez un sujet non vacciné ou dont la vaccination est ancienne ou dans un contexte épidémique
- confirmation :
  - isolement en 5 jours de la bactérie sur des milieux spécifiques des Bordetelles
  - PCR (Polymerase Chain Réaction) à partir de l'aspiration nasopharyngée
  - séroconversion à trois ou quatre semaines d'intervalle

## • l'Expectoration (souvent banalisée)

– Aspect:

- muqueuse
- muco-purulente
- purulente

– Consistance:

- plus ou moins collante



- **l'Expectoration**

- Depuis quand ?
- Quotidienne ?



- **Bronchite chronique**

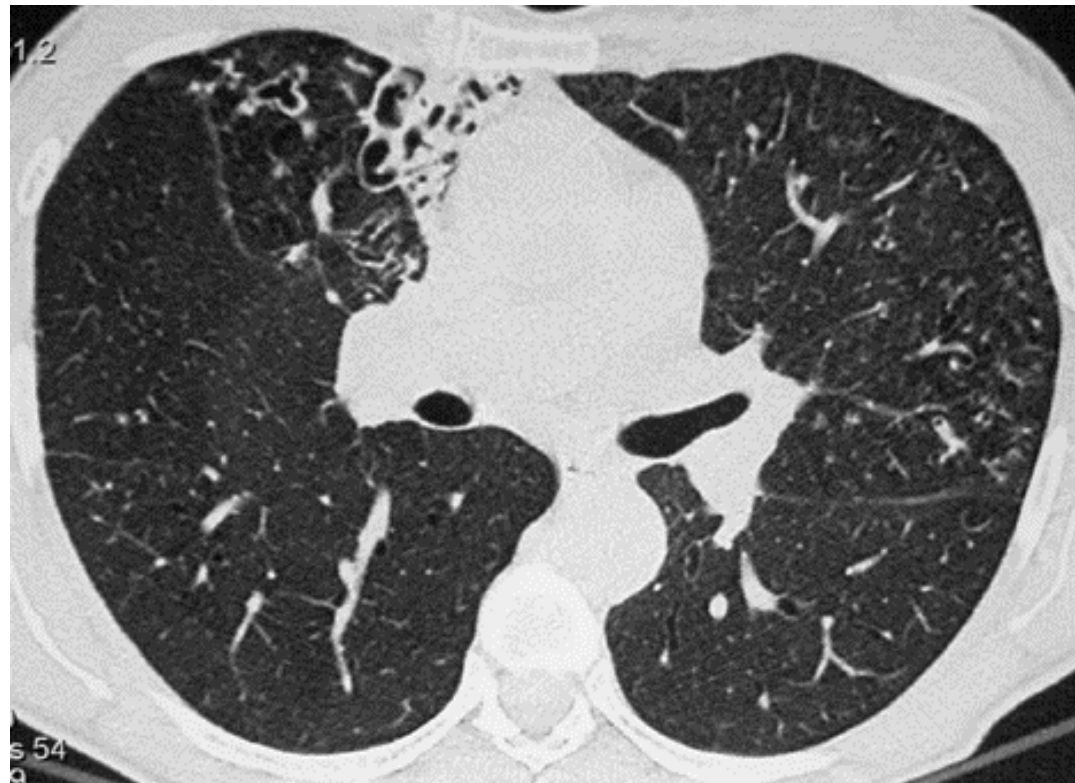
- $\geq 3$  mois/an
- au moins 2 ans consécutifs

apparaît en général dans la 5<sup>ème</sup> décade au cours des chez les fumeurs

## • l'Expectoration

– Volume:

- si grande abondance on parle de bronchorrhée
- ⇒ suspecter bronchectasies
- surtout si hippocratisme digital associé



- **l'Expectoration**

- Les aspects particuliers :

- **Purulent:**

- Présence de pus

- doit faire évoquer une infection respiratoire (haute ou basse)



# 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.

## dyspnée aiguë

Type crise d'asthme



## dyspnée chronique

Type essoufflement chez le BPCO



# Dyspnées positionnelles

– Orthopnée: position couchée insupportable

- Elle est quantifiée par le nombre d'oreillers utilisés par le patients pour se redresser
  - insuffisance cardiaque gauche
  - les pathologies bronchiques obstructives sévères (crise d'asthme ; BPCO très évoluée)
  - maladies neuromusculaires musculaire respiratoire (paralysie phrénique bilatérale)

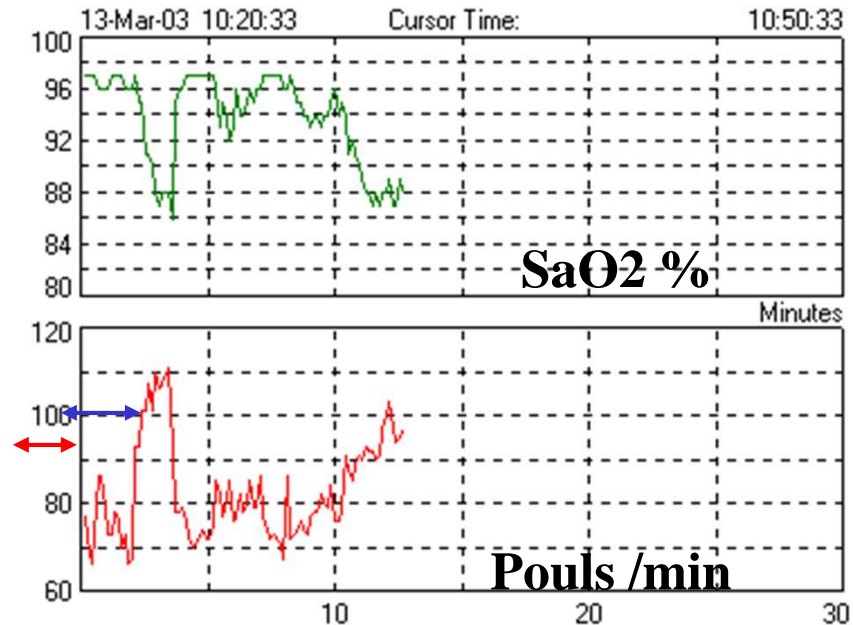
– Platypnée

– Trépopnée

– Platypnée (orthodeoxie): le malade n'est bien que couché

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

Oxymétrie en position  
couchée puis debout

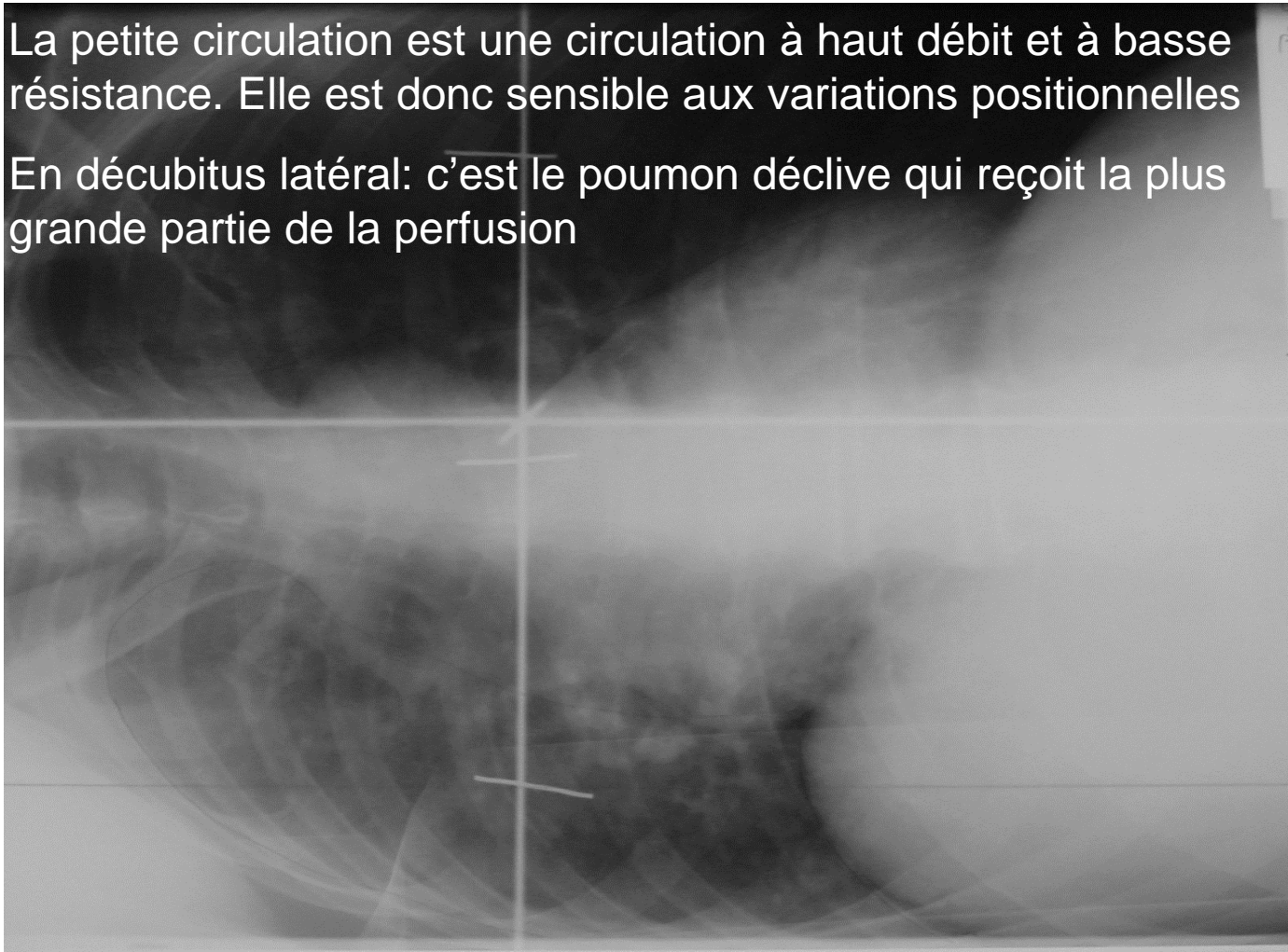


- **Foramen ovale perméable**
  - Le sang passe directement de l'oreillette droite vers l'oreillette gauche.
- **Syndrome hépatopulmonaire**
  - Shunt intra-pulmonaire secondaire à la formation de mégacapillaires.
- **Anévrysmes artério-veineux pulmonaires** (ex : Maladie de Rendu Osler )

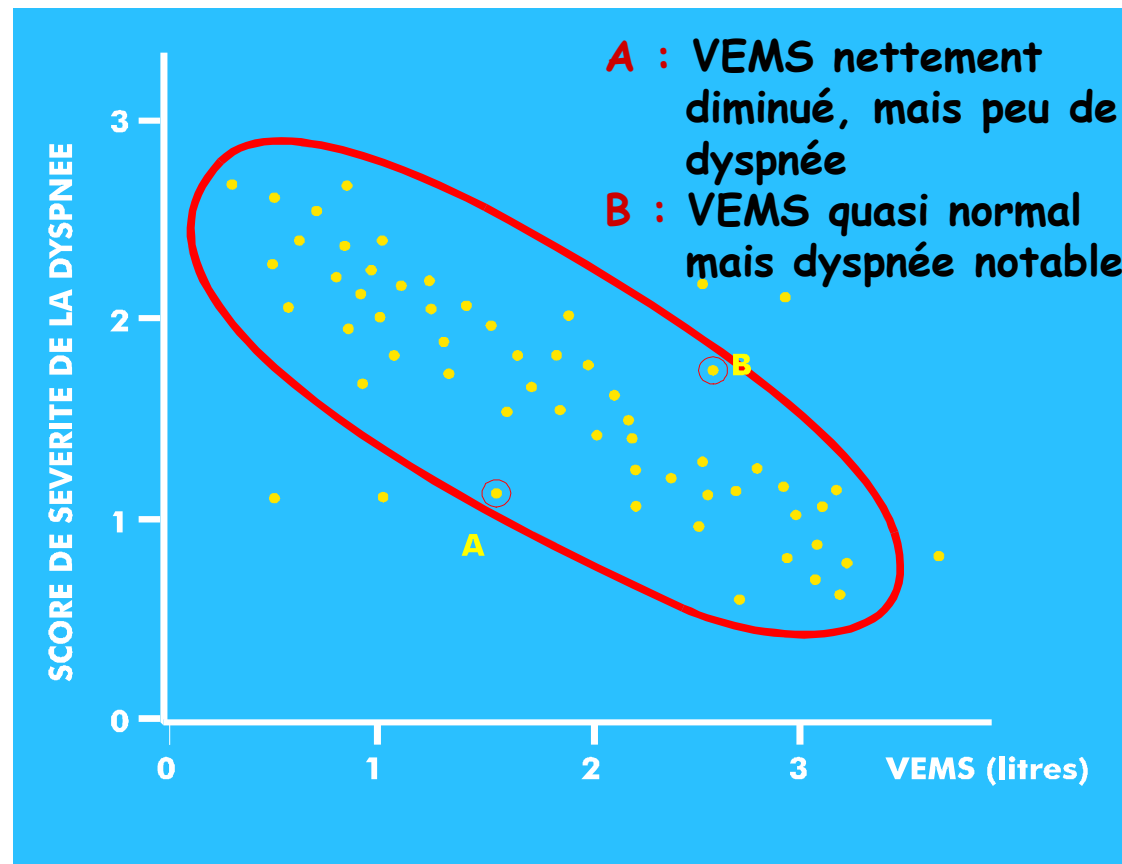
- Trépopnée: dyspnée apparaissant en décubitus latéral
  - signe une hypoventilation unilatérale
  - quand le malade se couche sur le côté lésé, la perfusion augmente du côté du poumon non ventilé, aggravant le shunt

La petite circulation est une circulation à haut débit et à basse résistance. Elle est donc sensible aux variations positionnelles

En décubitus latéral: c'est le poumon déclive qui reçoit la plus grande partie de la perfusion



- **la Dyspnée** (apparaît en général dans la 6<sup>ème</sup> décade chez le fumeur)
  - c'est souvent un symptôme d'appel
  - grande variabilité interindividuelle
  - non corrélée à l'altération fonctionnelle



35% <VEMS < 80%

importance de la dyspnée ~~↔~~ VEMS

- **Équivalent d'expression de la dyspnée**

- oppression thoracique

- **Modes d'expression de la dyspnée chronique**

- (par ordre de fréquence décroissante)

- Dyspnée (essoufflement)
    - Fatigue
    - Troubles du sommeil
    - Irritabilité
    - Anxiété
    - Désintérêt
    - Sensation d'abandon,
    - Sensation de désespoir
    - Troubles de mémoire



 ADAM.

## • Quantifier la dyspnée chronique

- tendance marquée de la part du patient à minimiser leur dyspnée
- installation très progressive
- adaptation du mode de vie à la dyspnée
- nécessite un interrogatoire personnalisé
  
- modification de certaines habitudes pour demeurer en deçà du seuil d'essoufflement
- altération de la qualité de vie

# Quantifier la dyspnée chronique

## Représentation imagée des stades cliniques

<p>Stade 0</p>  <p>Absence de dyspnée</p>	<p>Stade 1</p>  <p>Dyspnée pour des efforts importants ou au delà du deuxième étage</p>
<p>Stade 2</p>  <p>Dyspnée au premier étage, à la marche rapide ou en légère pente</p>	<p>Stade 3</p>  <p>Dyspnée à la marche normale sur terrain plat</p>
<p>Stade 4</p>  <p>Dyspnée à la marche lente</p>	<p>Stade 5</p>  <p>Dyspnée au moindre effort</p>

## Quantifier la dyspnée chronique

<b>Echelle de dyspnée du MMRC</b>	
<b>Grade</b>	<b>Description</b>
<b>0</b>	<b>Absence de dyspnée sauf lors d'exercices intensifs</b>
<b>1</b>	<b>Dyspnée à la marche rapide ou en légère pente</b>
<b>2</b>	<b>Dyspnée à la marche sur terrain plat à allure normale</b>
<b>3</b>	<b>S'arrête pour respirer après 100 yards (91 m) ou après quelques minutes</b>
<b>4</b>	<b>Dyspnée au moindre effort (parole, habillage, rasage , ....)</b>

## Quantifier la dyspnée chronique

<b>MMRC Dyspnea Scale</b>	
<b>Grade</b>	<b>Description</b>
<b>0</b>	<b>Not troubled with breathlessness except with strenuous exercise</b>
<b>1</b>	<b>Troubled by shortness of breath when hurrying on the level or walking up a slight hill</b>
<b>2</b>	<b>Walks slower than people of the same age on the level because of breathlessness or has to stop for breath when walking at own pace on the level</b>
<b>3</b>	<b>Stops for breath after walking about 100 yards or after a few minutes on the level</b>
<b>4</b>	<b>Too breathless to leave the house or breathless when dressing or undressing</b>

## Quantifier la dyspnée chronique

	<b>New York Heart Association (NYHA)</b>
<b>Class</b>	<b>Patient Symptoms</b>
Class I	Symptoms with more than ordinary activity
Class II	Symptoms with ordinary activity
Class III	Symptoms with minimal activity
	a • No dyspnea at rest
	b • dyspnea at rest
Class IV	Symptoms at rest

# Quantifier la dyspnée chronique

Stade ou Classe	NYHA
<b>I</b>	Aucune gêne fonctionnelle ; capacité d'effort normale pour l'âge
<b>II</b>	Aucune gêne fonctionnelle au repos mais apparaissant pour une activité physique normale pour l'âge
<b>III</b>	Aucune gêne fonctionnelle au repos mais apparaissant pour une activité physique réduite pour l'âge
<b>IV</b>	Dyspnée apparaissant pour au moindre effort et/ou au repos
<b>V</b>	

# Quantifier la dyspnée aigue

## Échelle de Borg

- Dyspnée aiguë +++
- Échelle simple et reproductible fondée sur les descriptions verbales de la dyspnée.
- Des équivalents chiffrés sont établis pour chaque palier.

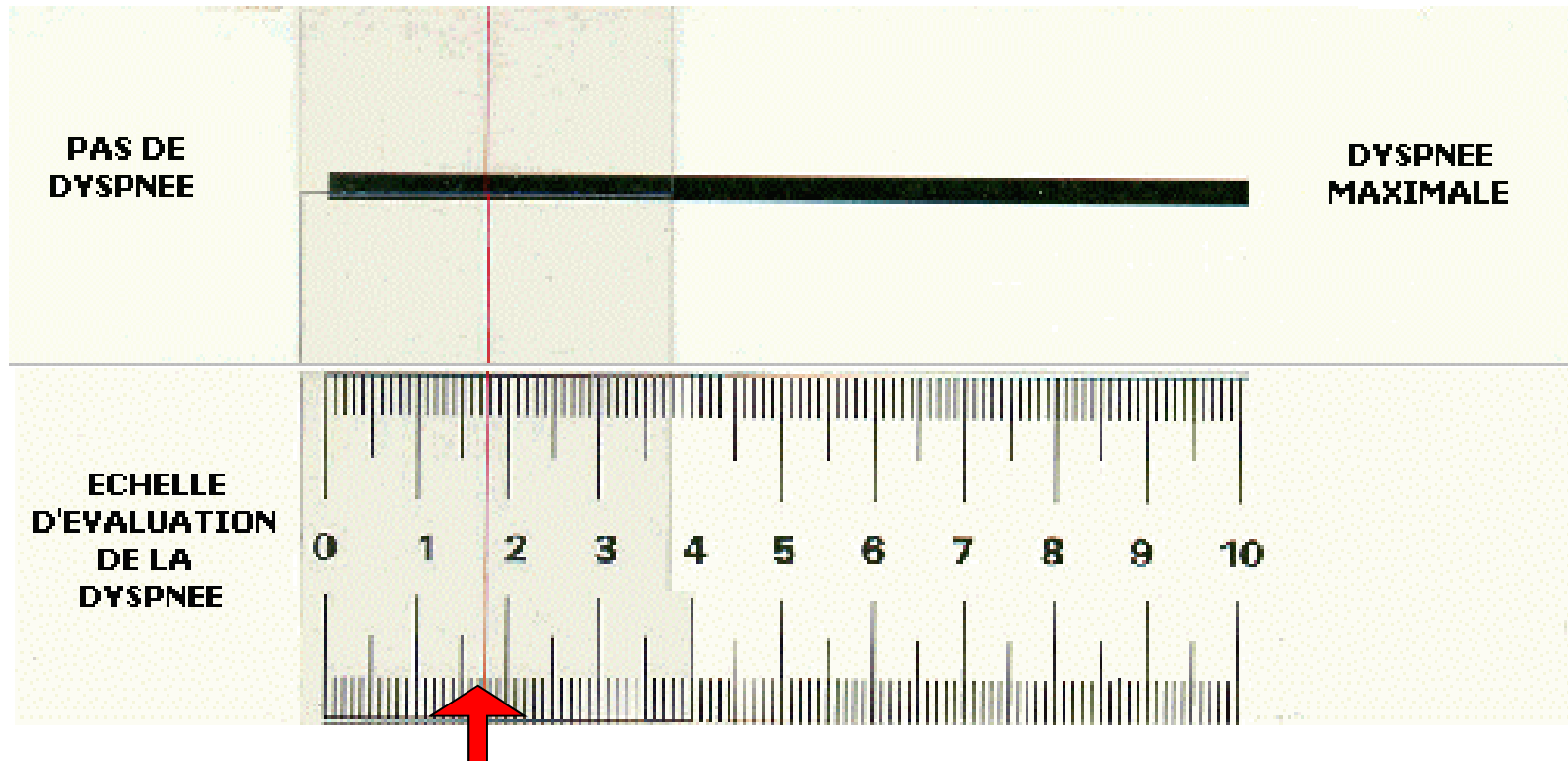
Echelle de BORG :

<b>0</b>	Nulle
<b>0,5</b>	Très très discrète (à peine perceptible)
<b>1</b>	Très discrète
<b>2</b>	Discrète
<b>3</b>	Modérée
<b>4</b>	Légèrement intense
<b>5</b> <b>6</b>	] Intense
<b>7</b> <b>8</b>	] Très intense
<b>9</b>	Très très intense (presque maximale)
<b>10</b>	Maximale

# Quantifier la dyspnée aigue

## Échelle visuelle analogique

- Le patient évalue son essoufflement en plaçant le curseur au niveau souhaité.
- La lecture s 'effectue au dos de la réglette



# Ronflements et somnolence (apnées du sommeil)

## 1. La (les) plainte(s) du conjoint

- Ronflements +++
- Pauses respiratoires
- Altération des fonctions supérieures
- Troubles sexuels
- somnambulisme

## 2. La (les) plainte(s) du patient

- Somnolence diurne
- Asthénie matinale > asthénie vespérale
- Céphalées matinales
- Troubles sexuels
- Énurésie, polyurie

# apnées du sommeil

## Échelle d'Epworth pour l'évaluation de la somnolence diurne

Dans les 8 circonstances suivantes, avez-vous un risque de vous endormir dans la journée ?

- Si ce risque est **inexistant**, cochez **0**
- Si ce risque est **modéré**, cochez **2**
- Si ce risque est **minime**, cochez **1**
- Si ce risque est **important**, cochez **3**

*Exemple : si le risque de vous endormir « assis en lisant un livre ou le journal » est modéré : cochez 2*

- un score > à 10, témoigne très certainement d'une somnolence accrue
- un score bas peut signifier "je ne suis pas somnolent" ou "j'évalue mal ma somnolence".

	risque inexistant	risque minime	risque modéré	risque important
<b>1</b> Assis en lisant un livre ou le journal	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>2</b> En regardant la télévision	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>3</b> Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>4</b> Si vous êtes passager d'une voiture pour un trajet d'une heure	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>5</b> En étant allongé après le repas de midi lorsque les circonstances le permettent	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>6</b> En étant assis, en parlant avec quelqu'un	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>7</b> En étant assis, après un repas sans boisson alcoolisée	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>8</b> En étant au volant de la voiture, au cours d'un arrêt de la circulation de quelques minutes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**TOTAL :**

## • Hémoptysie

- tout saignement
- des voies respiratoires inférieures (extériorisé ou non)
  
- Le saignement provient le plus souvent de la circulation systémique (artères bronchiques)
  - Sang rouge vif et abondant
  
- Les grandes causes
  - lésions nécrosantes (tuberculose et mycoses)
  - cancers
  - pas le biais d'une néo-angiogénèse, entraînent une hypervascularisation localisée d'origine systémique,



# Hémoptysie - les 3 questions

## 1. Est-ce une hémoptysie ?

- La réponse va conditionner la suite du bilan

## 2. S'agit-il d'une hémoptysie grave ?

- La réponse conditionne
  - l'orientation du patient
    - USIR, réa
    - Structure de radiologie interventionnelle
    - Chirurgie thoracique
  - le degré d'urgence avec lequel seront menées les investigations
  - le type d'investigations

## 3. Quelle est la cause de l'hémoptysie ?

- dans l'urgence cette question secondaire
- la réponse conditionne le traitement étiologique

# Est-ce une hémoptysie ?

## Hémoptysie

- ATCD respiratoires
- émis lors d'un effort de toux
- le sang est rouge vif, sauf en fin d'hémoptysie aéré et spumeux (mousseux)

## Epistaxis

- saignement nasal
- sang rouge vif

## Hématémèse

- ATCD digestifs
- émis lors d'un effort de vomissement
- le sang est foncé, d'origine veineuse (varices oesophagiennes)
- non aéré
- ± accompagné de débris alimentaires

**Pièges** : une hématémèse ou une épistaxis abondant peuvent être inhalés et parfois en imposer à tort pour une hémoptysie. En cas de doute, l'exploration de la sphère ORL, stomatologique et digestive s'impose



# S'agit-il d'une hémoptysie grave ?

## Trois facteurs conditionnent la gravité

### 1. Le volume du saignement

- une cuillère à soupe pleine au  $\frac{3}{4}$  = environ 10 ml
- un verre ou un crachoir plein au  $\frac{3}{4}$  = environ 100 ml
- un haricot (ou un bol) plein au  $\frac{3}{4}$  = environ 500 ml



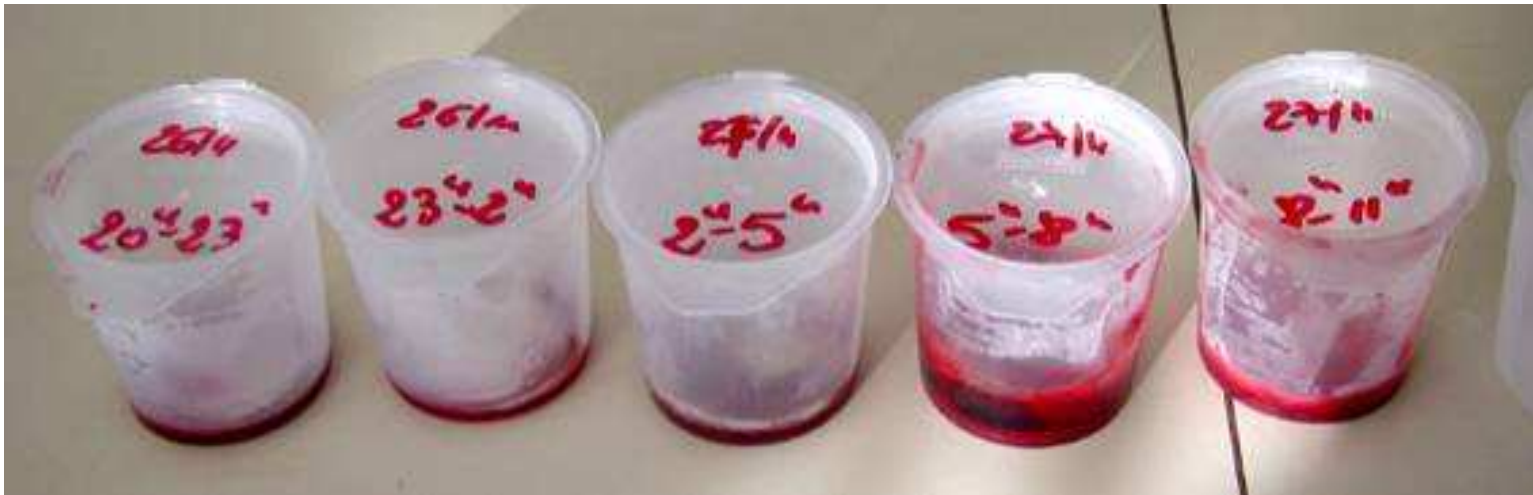
# S'agit-il d'une hémoptysie grave ?

## Trois facteurs conditionnent la gravité

1. Le volume du saignement
2. Le retentissement respiratoire
  - En cas d'hémoptysie grave c'est l'asphyxie qui est la cause de la mort et non le choc hémorragique.
  - toute quantité de sang qui est à même d'obstruer l'espace mort anatomique (150 cc) menace le pronostic vital chez un sujet sain.
3. Le statut respiratoire sous jacent
  - Chez l'insuffisant respiratoire un volume de saignement modéré peut suffire à entraîner une détresse respiratoire
  - A-t-on des données d'EFR antérieures ?

## classification de la gravité sur le volume du saignement

- est arbitraire et subjective
- les valeurs sont données à titre indicatif
- il est essentiel de retenir qu'une hémoptysie
  - qui ne se tarit pas ou



- qui entraîne des manifestations d'intolérance respiratoire
  - ➔ met en jeu le pronostic vital

→ Faible abondance : crachats hémoptoïques (< 50 cc/24H)



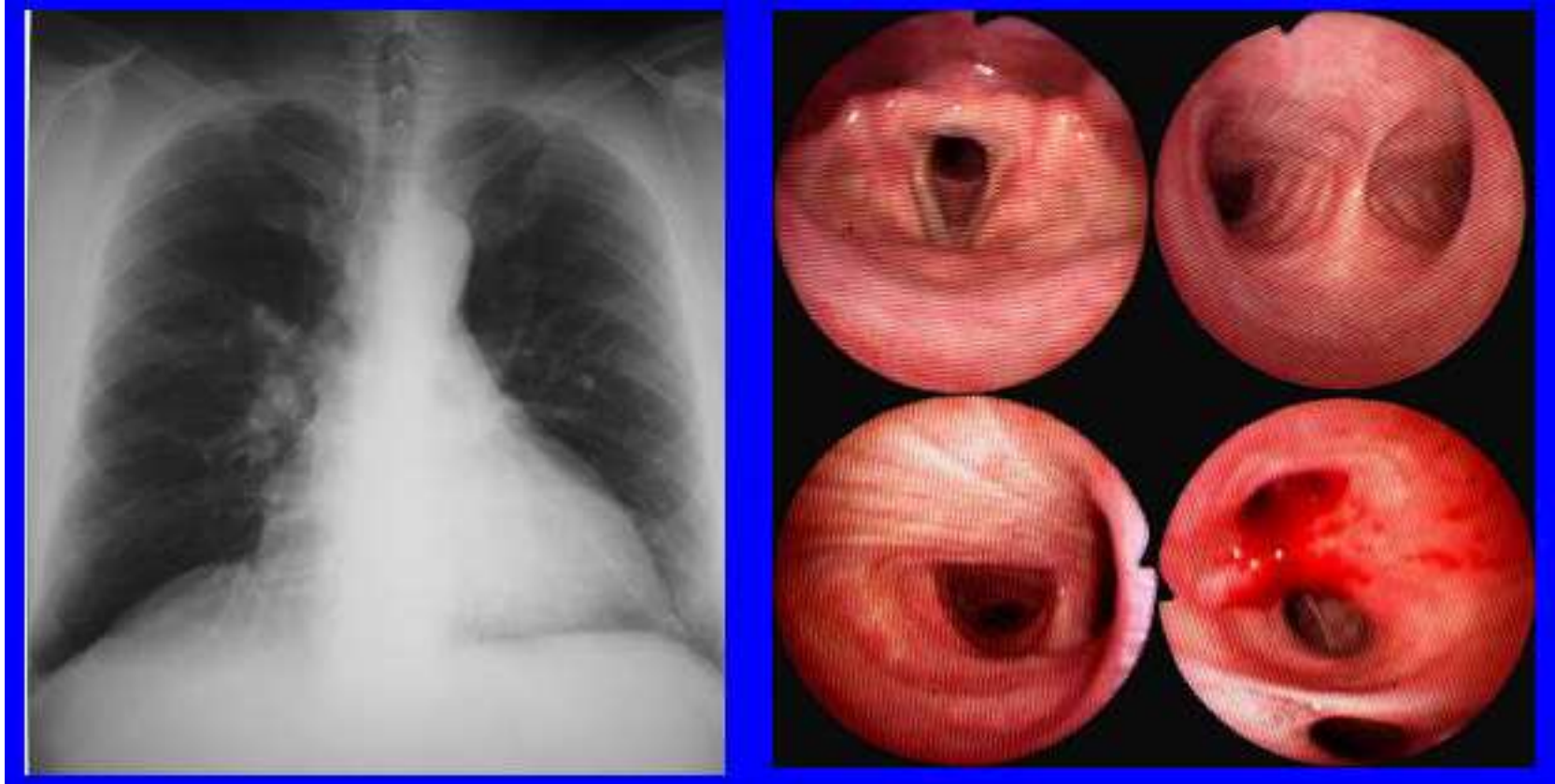


**hémoptysies répétées**



**hémoptysie  
abondante**

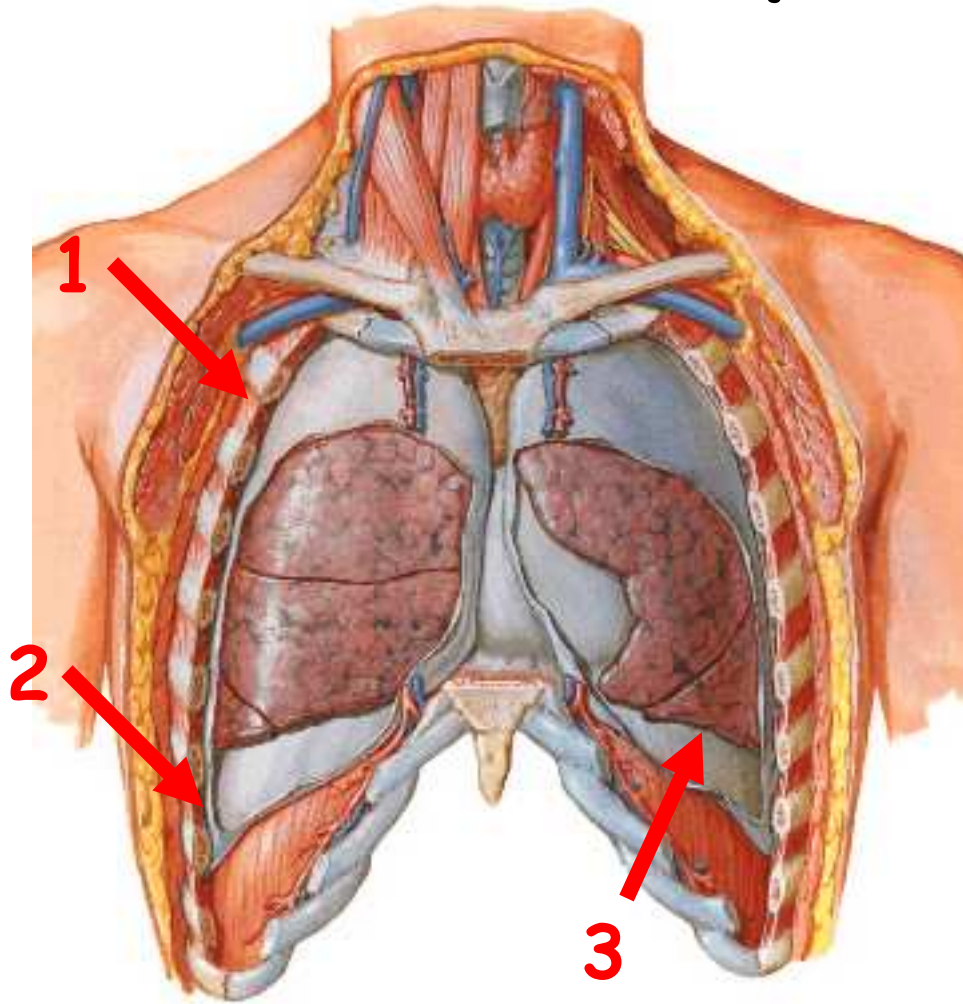
- hémoptysie



Homme de 54 ans ex-fumeur (tabagisme arrêté depuis 5 ans, tabagisme cumulé 23 paquets), hospitalisé pour hémoptysies de 200 cc cumulés sur 24 heures. Le cliché de thorax ne permet pas d'orienter le diagnostic. L'endoscopie bronchique met en évidence un saignement en provenance de B 10 G (postéro-basale gauche).

## • Douleur thoracique

Seules la paroi thoracique et la plèvre reçoivent des afférences nerveuses sensibles



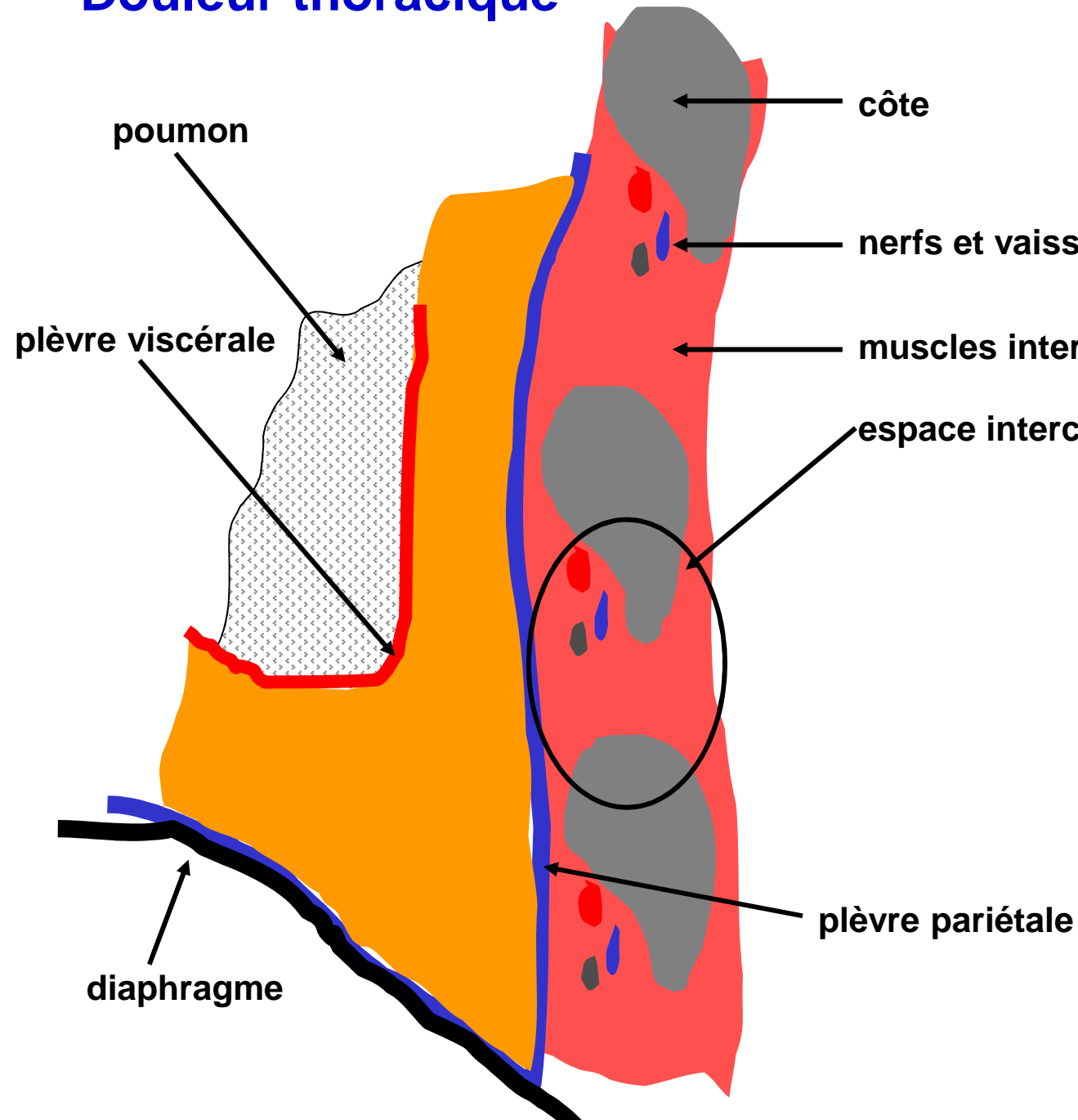
Douleur thoracique = Atteinte

1. de la paroi
2. de la plèvre
3. du parenchyme pulmonaire périphérique (si aigue)

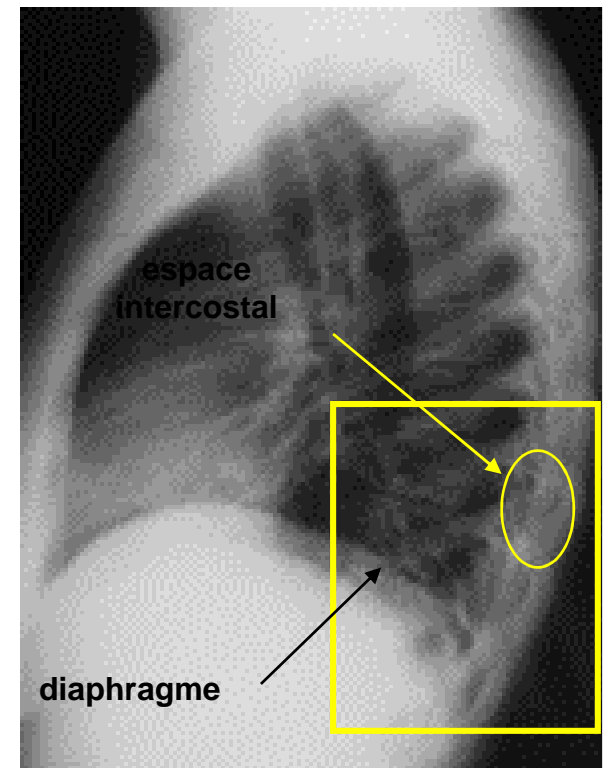
**Caractéristiques:**

- basithoracique
- à type de point de côté
- augmente à l'inspiration profonde ou à la toux
- bloque la respiration

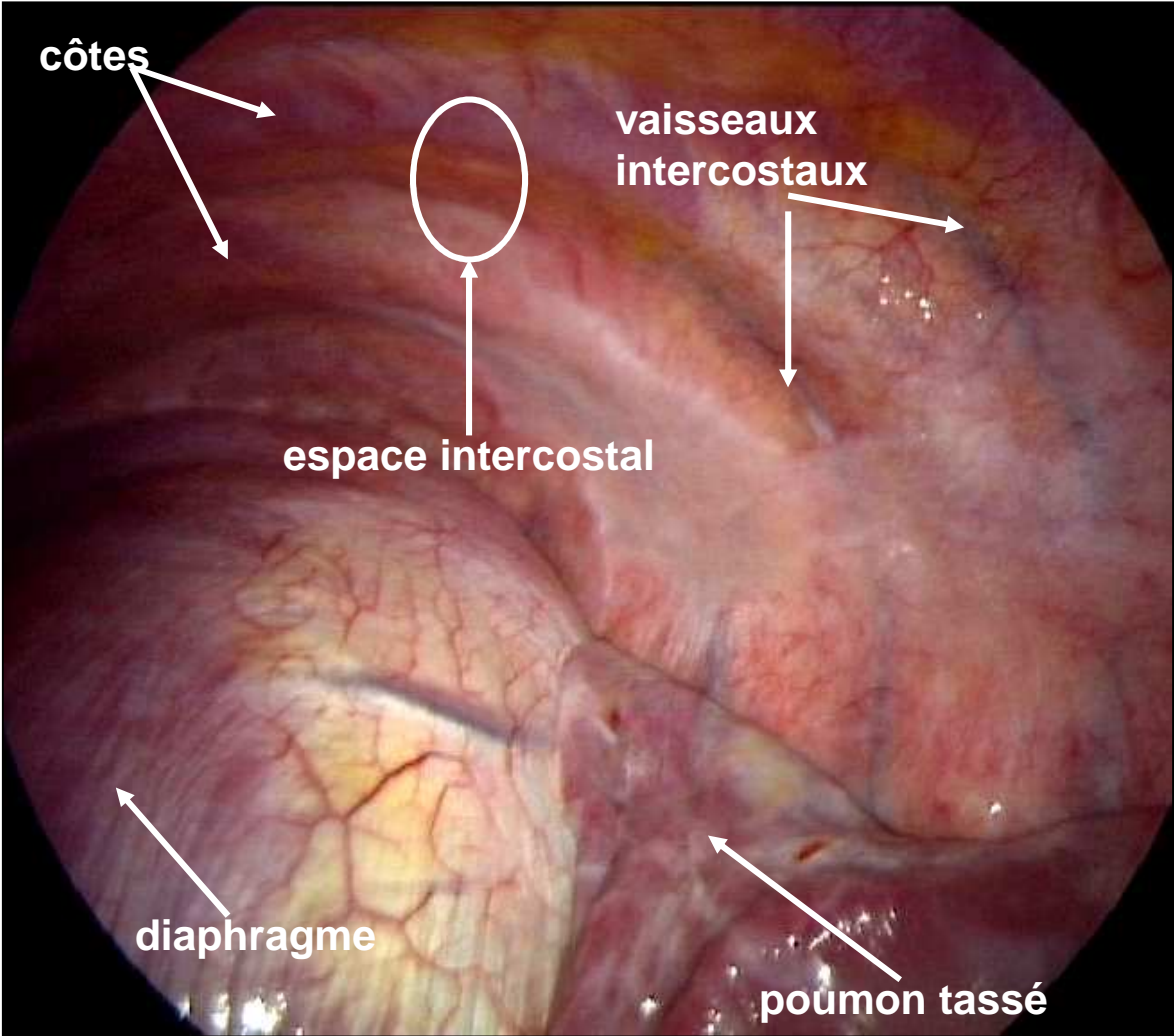
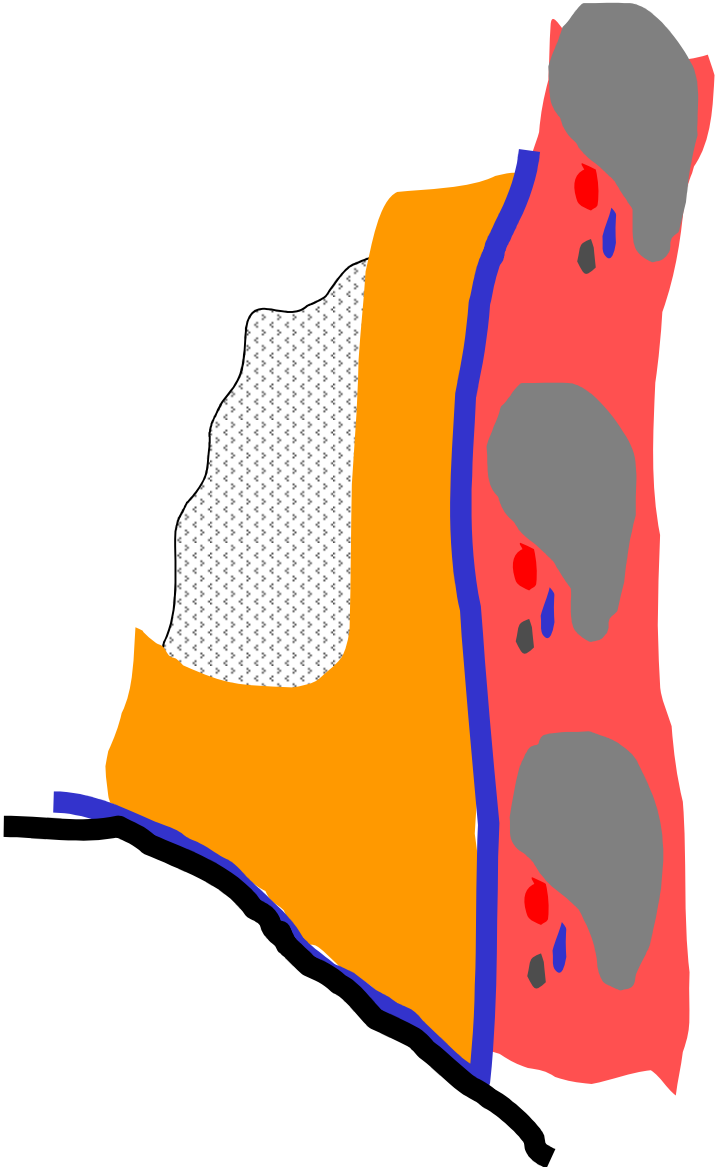
# • Douleur thoracique



## anatomie paroi et plèvre



• Douleur thoracique



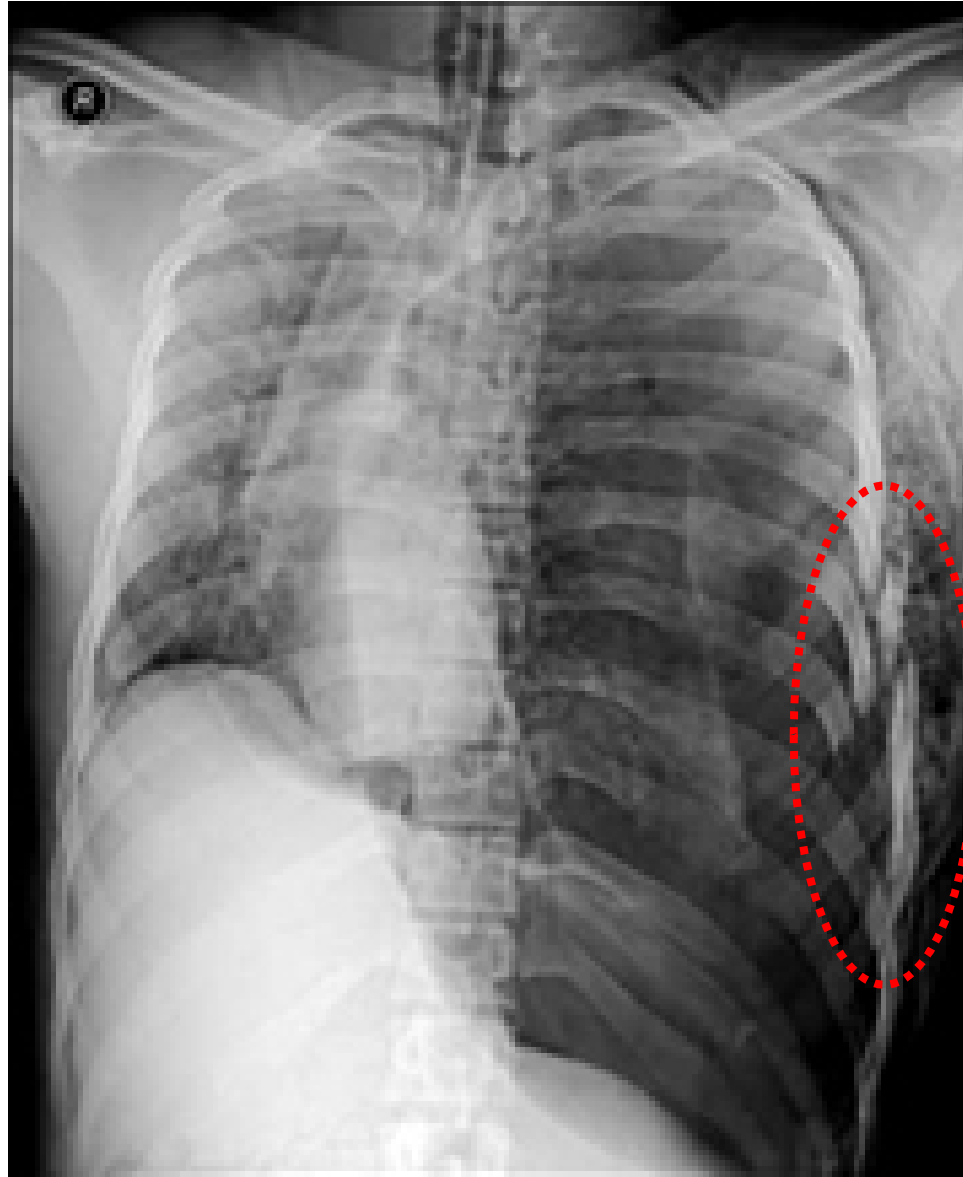
anatomie de la cavité pleurale

- **Douleur thoracique d'origine pariétale:**
  - **contusion par la ceinture de sécurité**



Source:  
Bradley R. Davis, MD  
CAPT, USAF, MC C-STARS,  
University of Cincinnati  
Division of Trauma and Critical Care

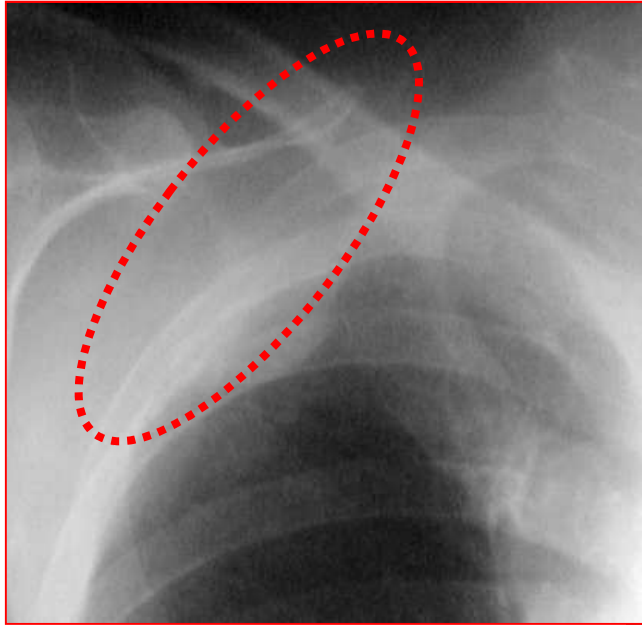
- **Douleur thoracique** d'origine pariétale:
  - Fracture de côtes



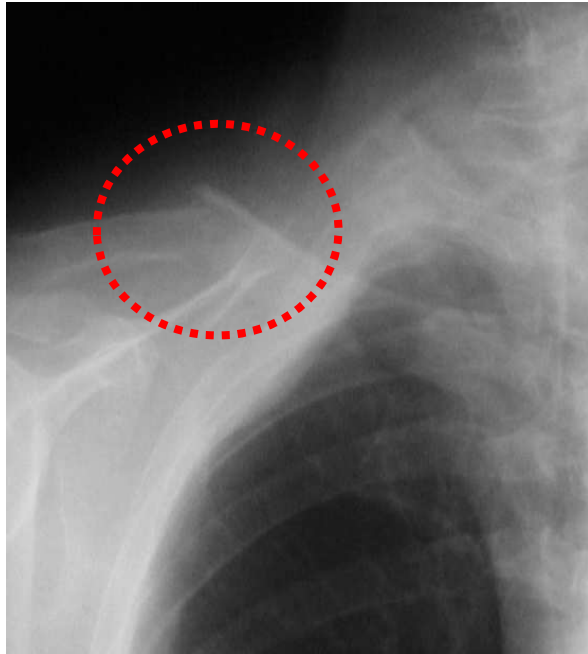
- Douleur thoracique

d'origine pariétale:

- ostéolyse 2<sup>ème</sup> côte droite



- **Douleur thoracique**



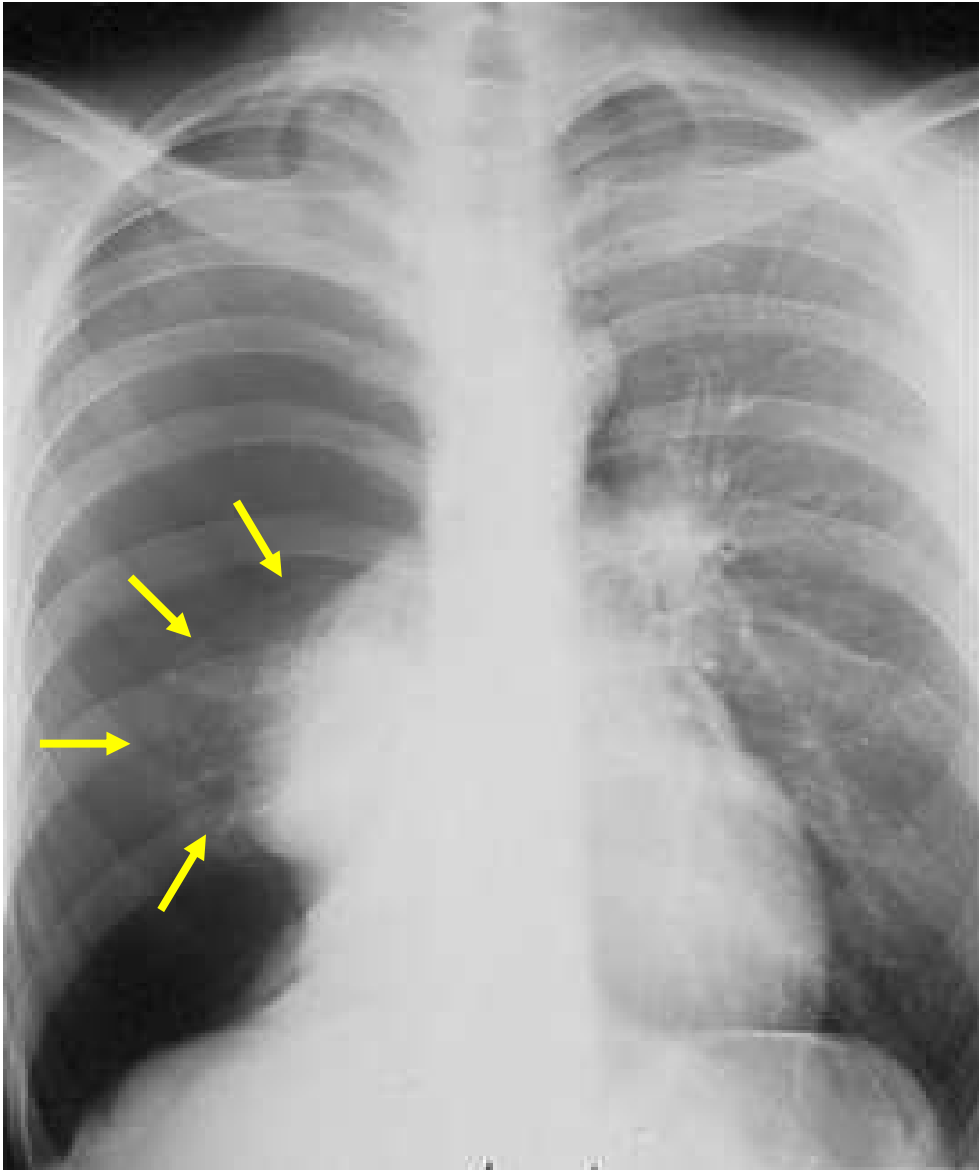
**d'origine pariétale:**

- **Fracture de la clavicule droite**



- **Douleur thoracique** d'origine pleurale:

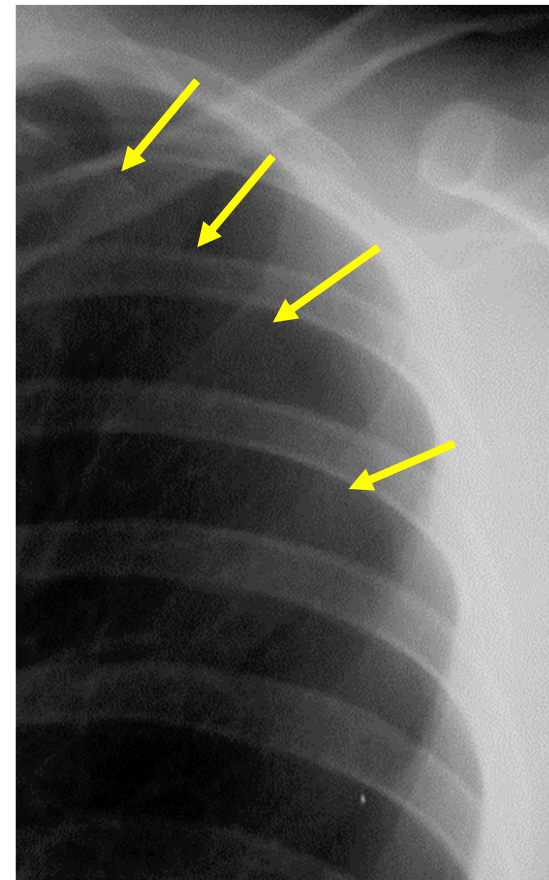
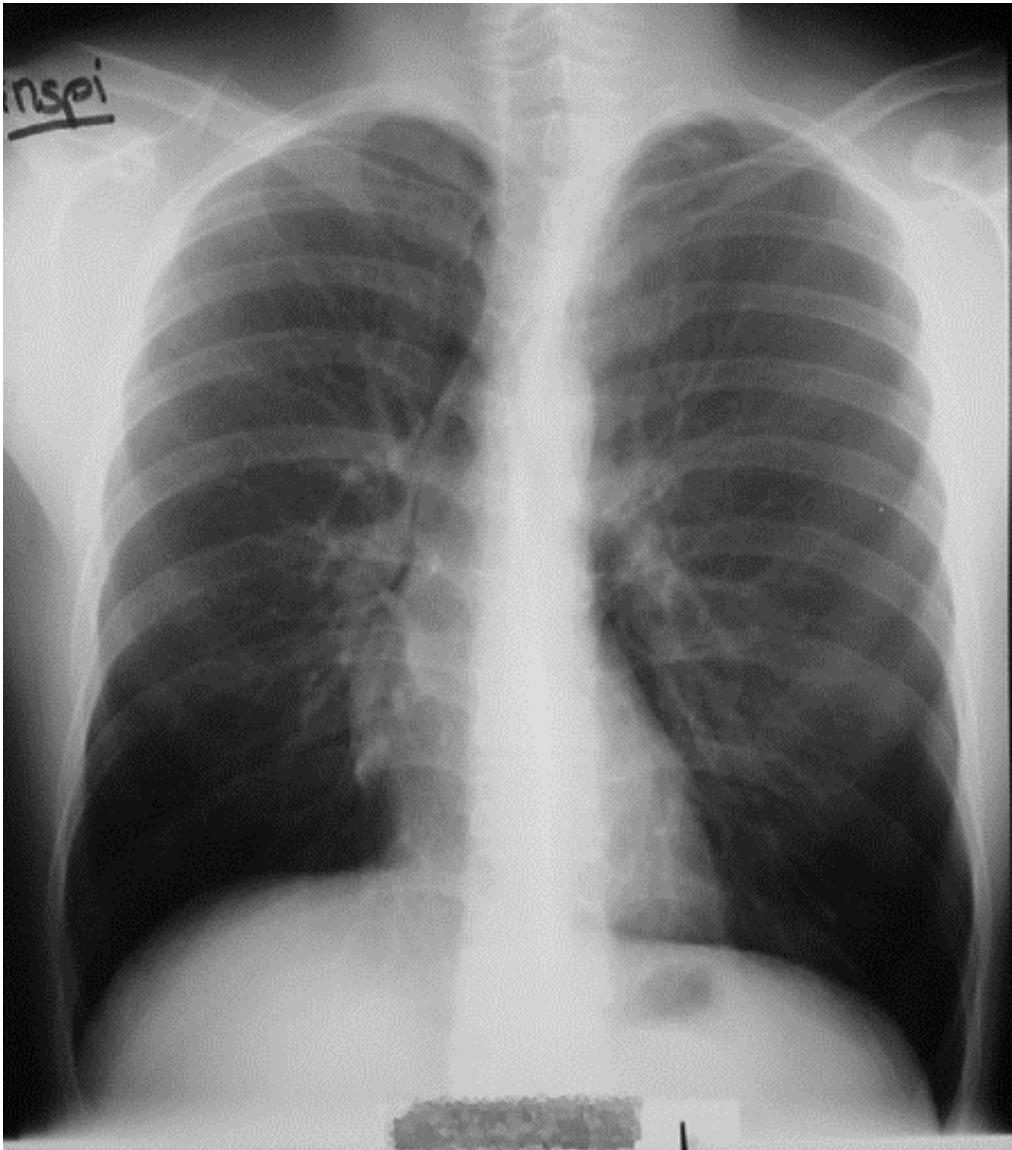
- **Pneumothorax droit complet**



- douleur aiguë brutale avec inhibition de la respiration en « coup de poignard » puis tend à s'estomper
- la dyspnée apparaît secondairement puis domine le tableau clinique

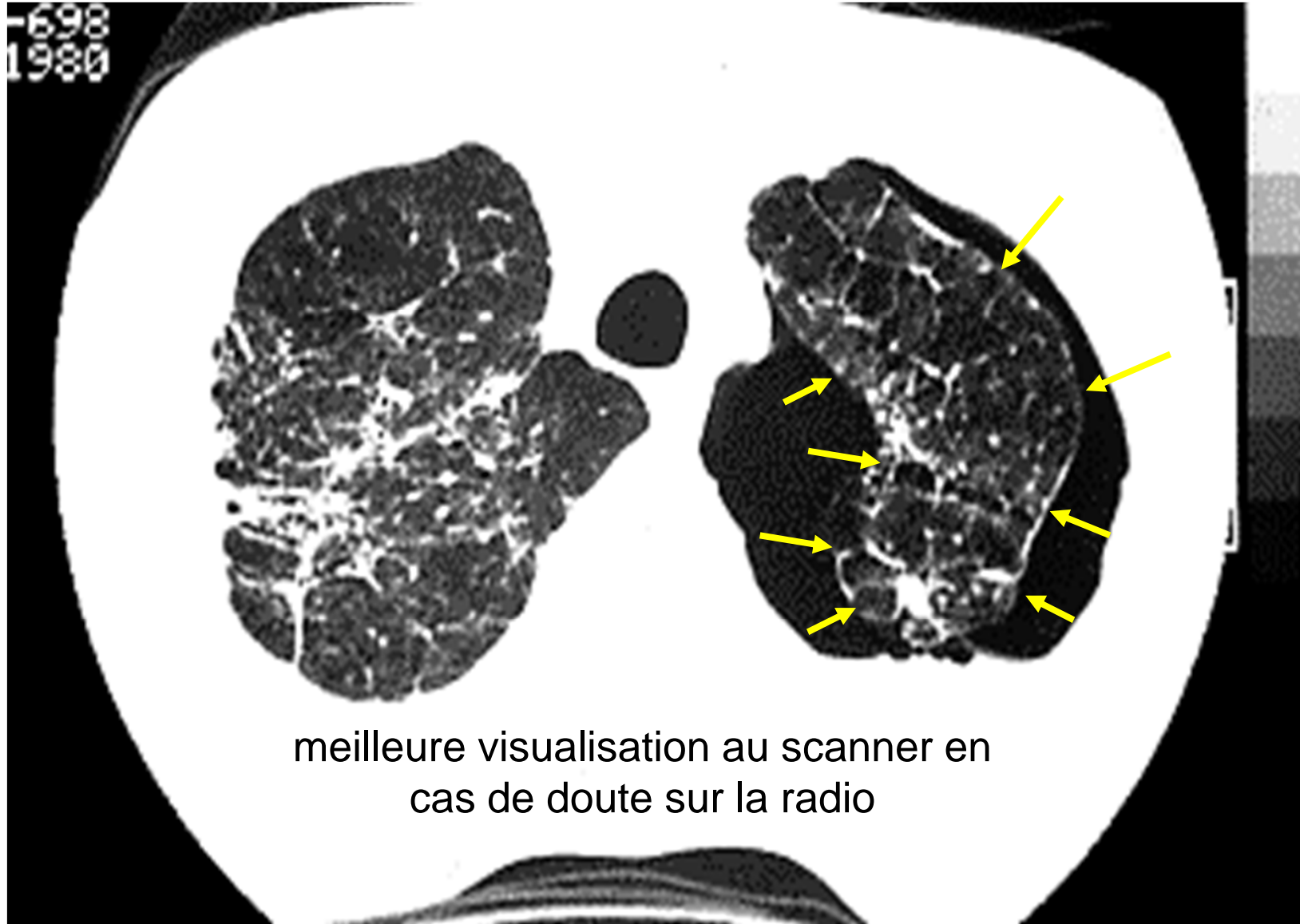
- Douleur thoracique d'origine pleurale:

- Pneumothorax gauche partiel



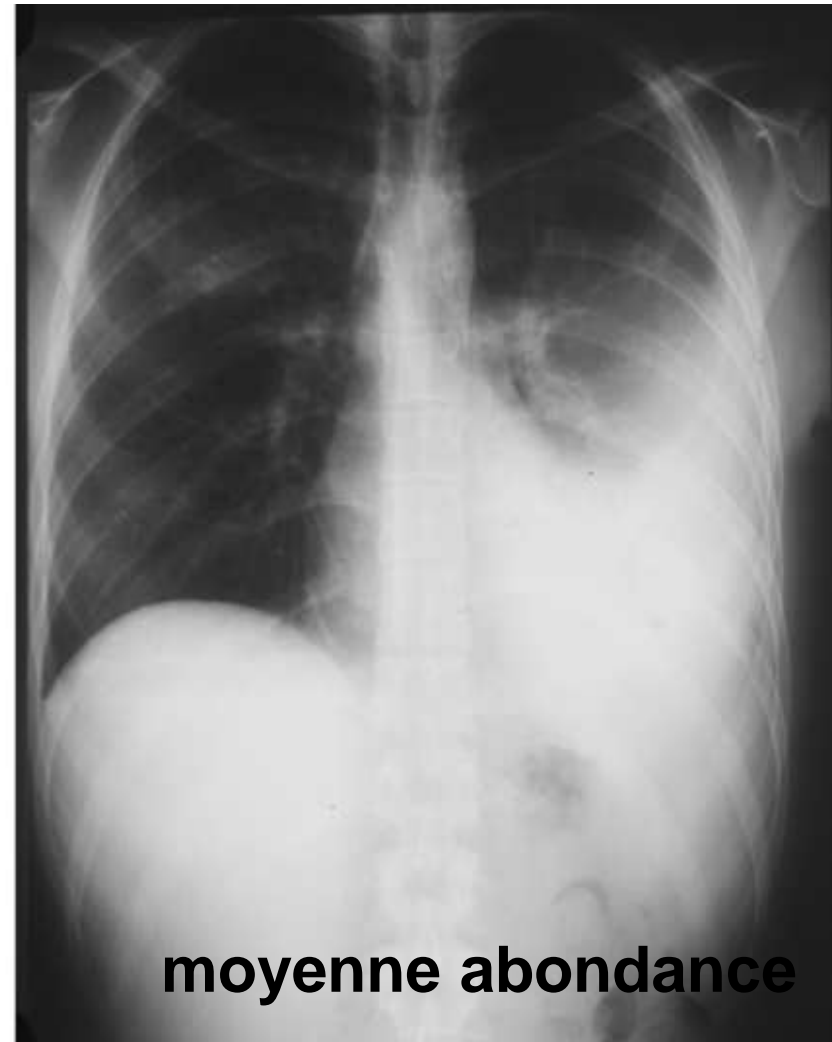
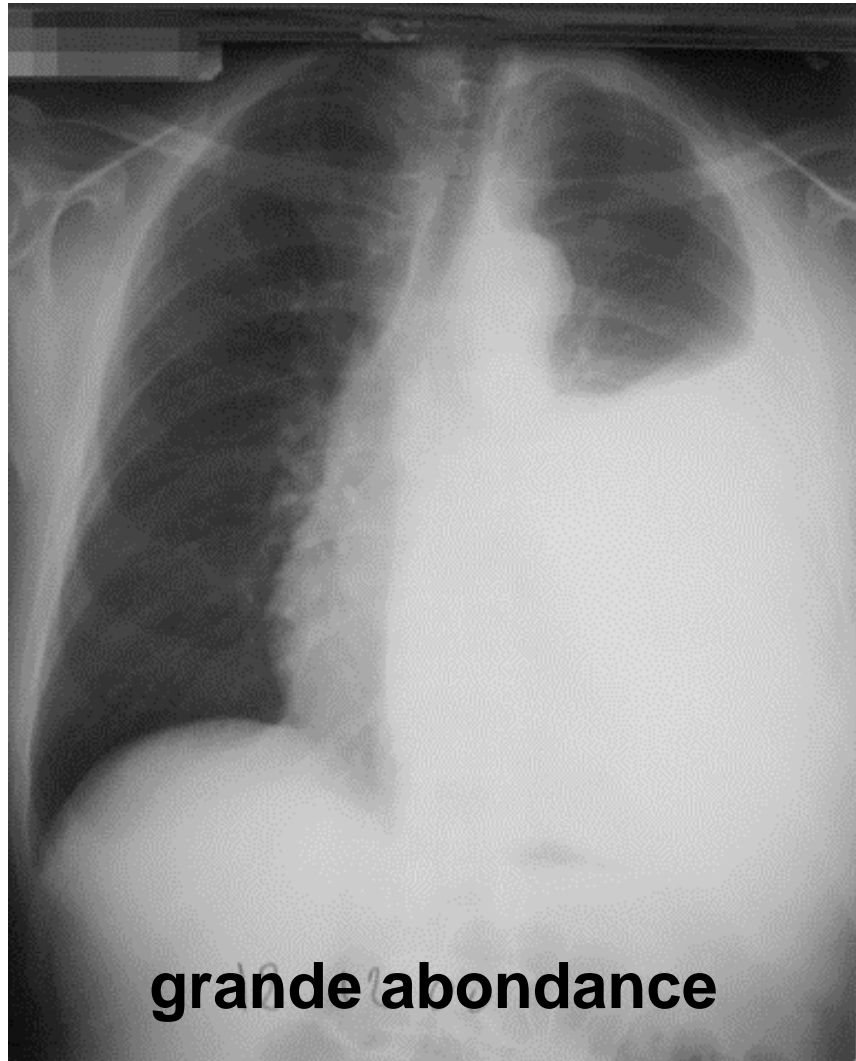
- à ce stade la douleur tend à s'estomper
- la dyspnée peut être totalement absente

- Douleur thoracique d'origine pleurale:
  - Pneumothorax gauche partiel



meilleure visualisation au scanner en  
cas de doute sur la radio

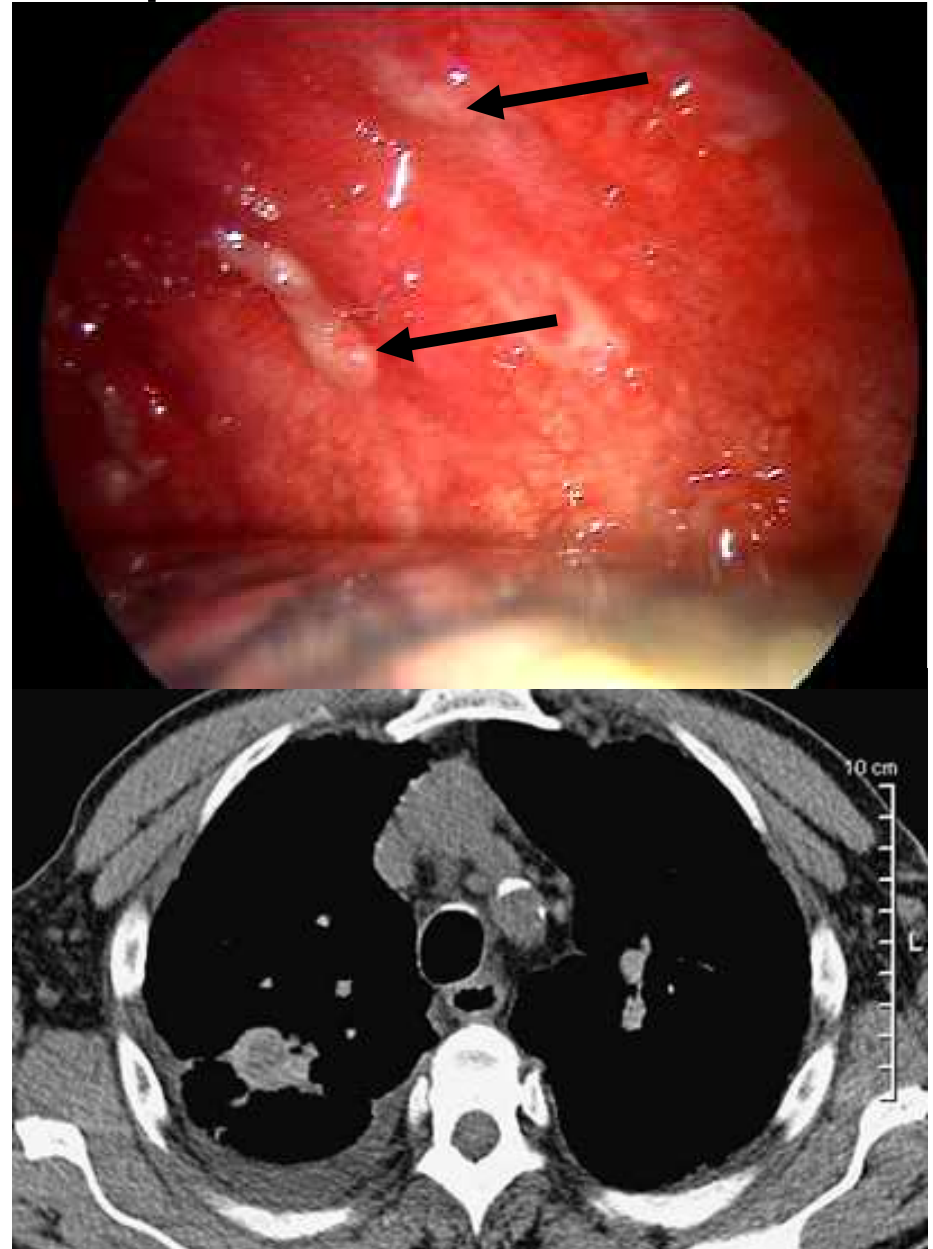
- **Douleur thoracique** d'origine pleurale:
  - épanchement pleural



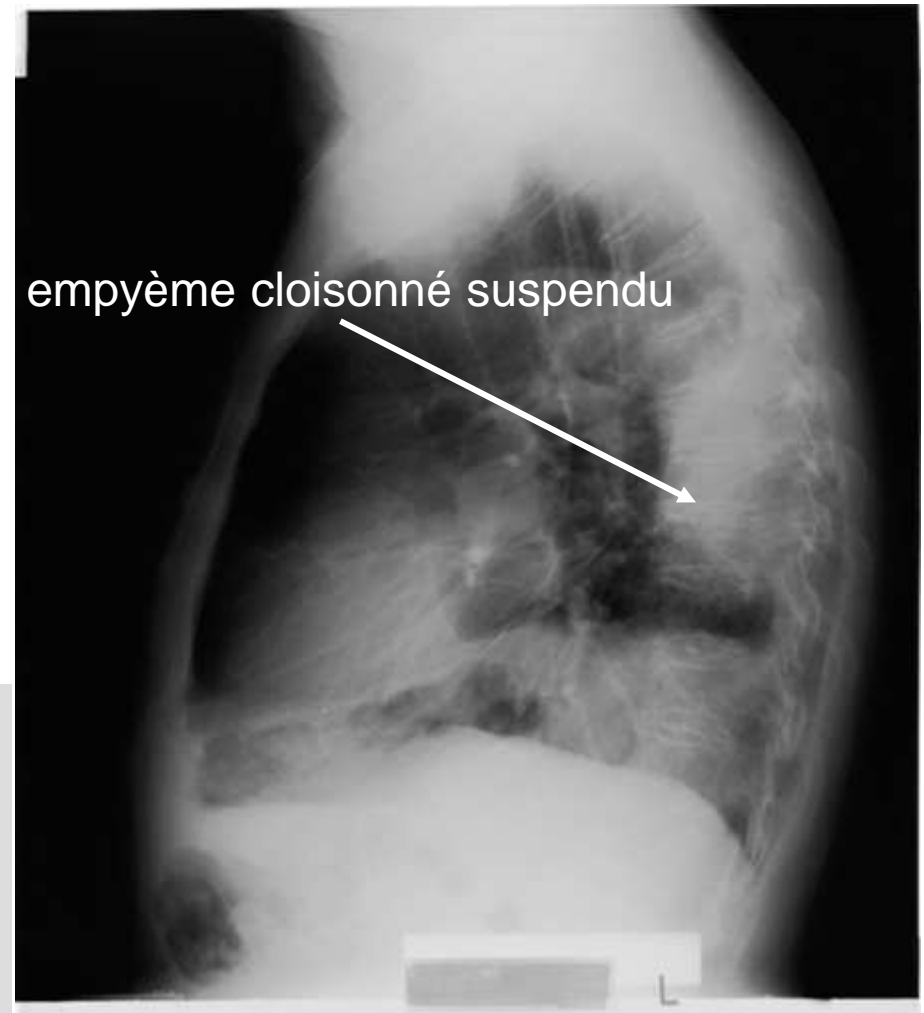
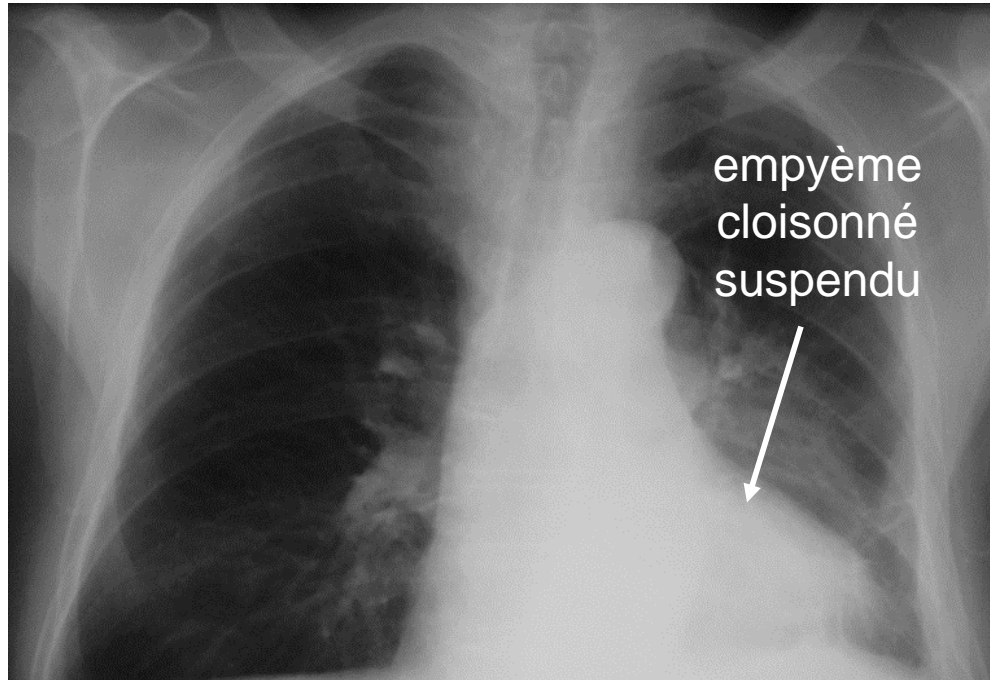
- Douleur thoracique d'origine pleurale:
- tumeur de la plèvre



la douleur est rarement au 1<sup>er</sup> plan dans les épanchements d'origine néoplasique sauf quand il y a un véritable envahissement de la paroi, (mésothéliomes notamment)

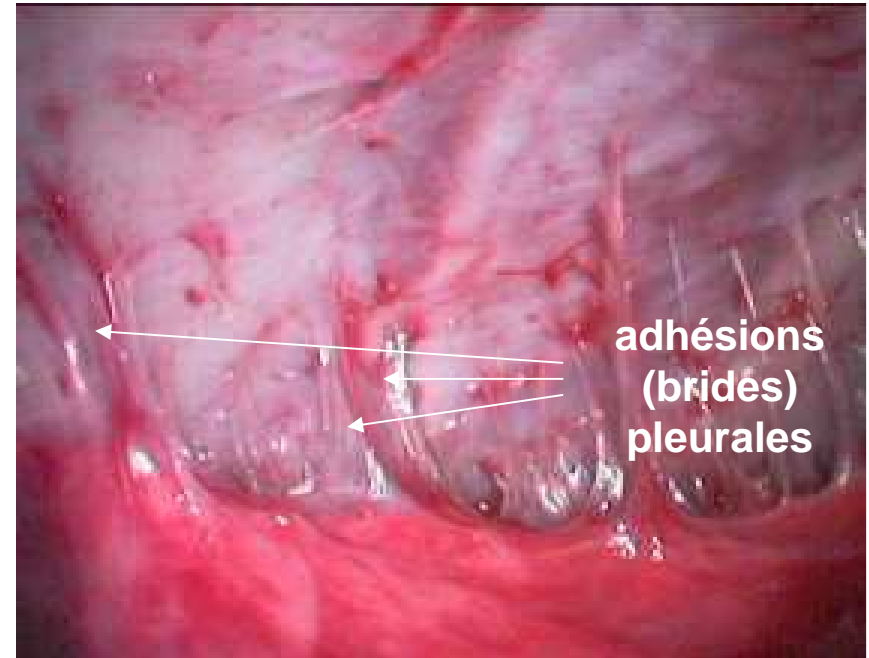
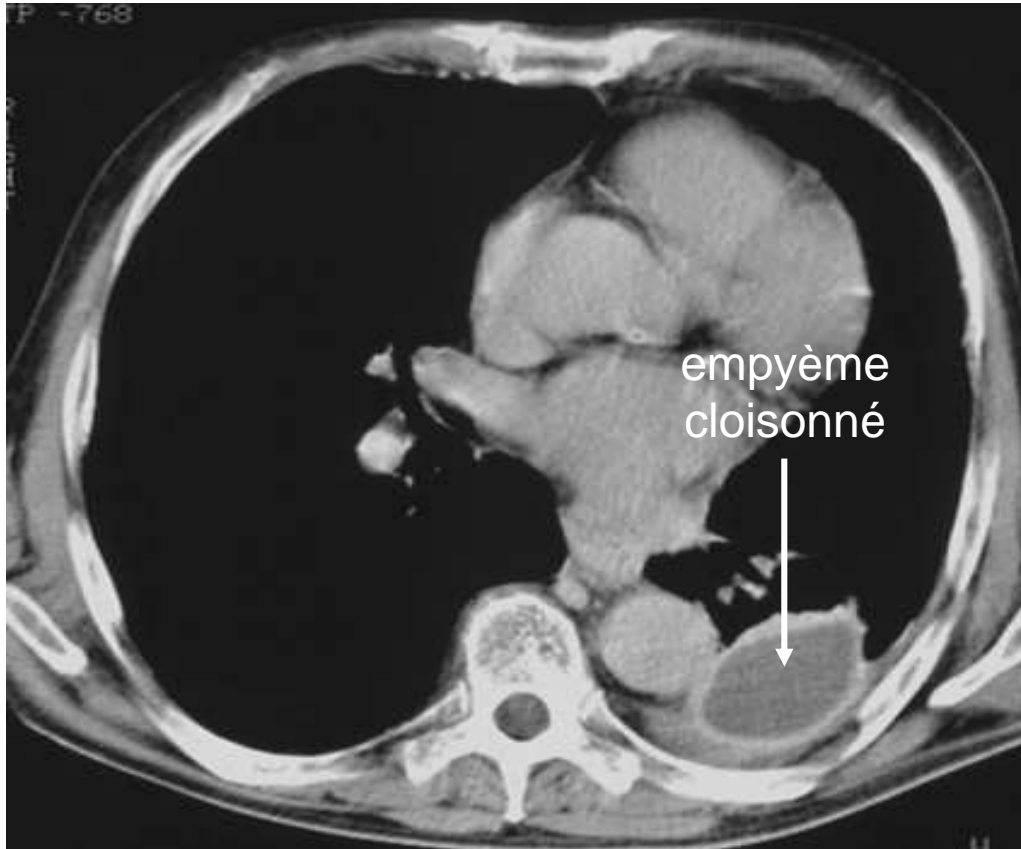


- **Douleur thoracique** d'origine pleurale:
  - épanchement pleural



Au cours des pleurésies purulentes (empyèmes) la douleur est rarement isolée et s'accompagne comme dans les pneumonies de signes d'infection,  $\pm$  toux  $\pm$  expectoration et d'anomalies à l'auscultation. Certaines formes sont torpides (pleurésies à anaérobies) et le tableau clinique est dominé par une altération de l'état général.

- Douleur thoracique d'origine pleurale:
  - épanchement pleural



- **Douleur thoracique d'origine pulmonaire:**  
**Pneumonie aigue**

- douloureuse uniquement quand il y a un contact pariétal
- typiquement rythmée par la respiration et majorée par la toux

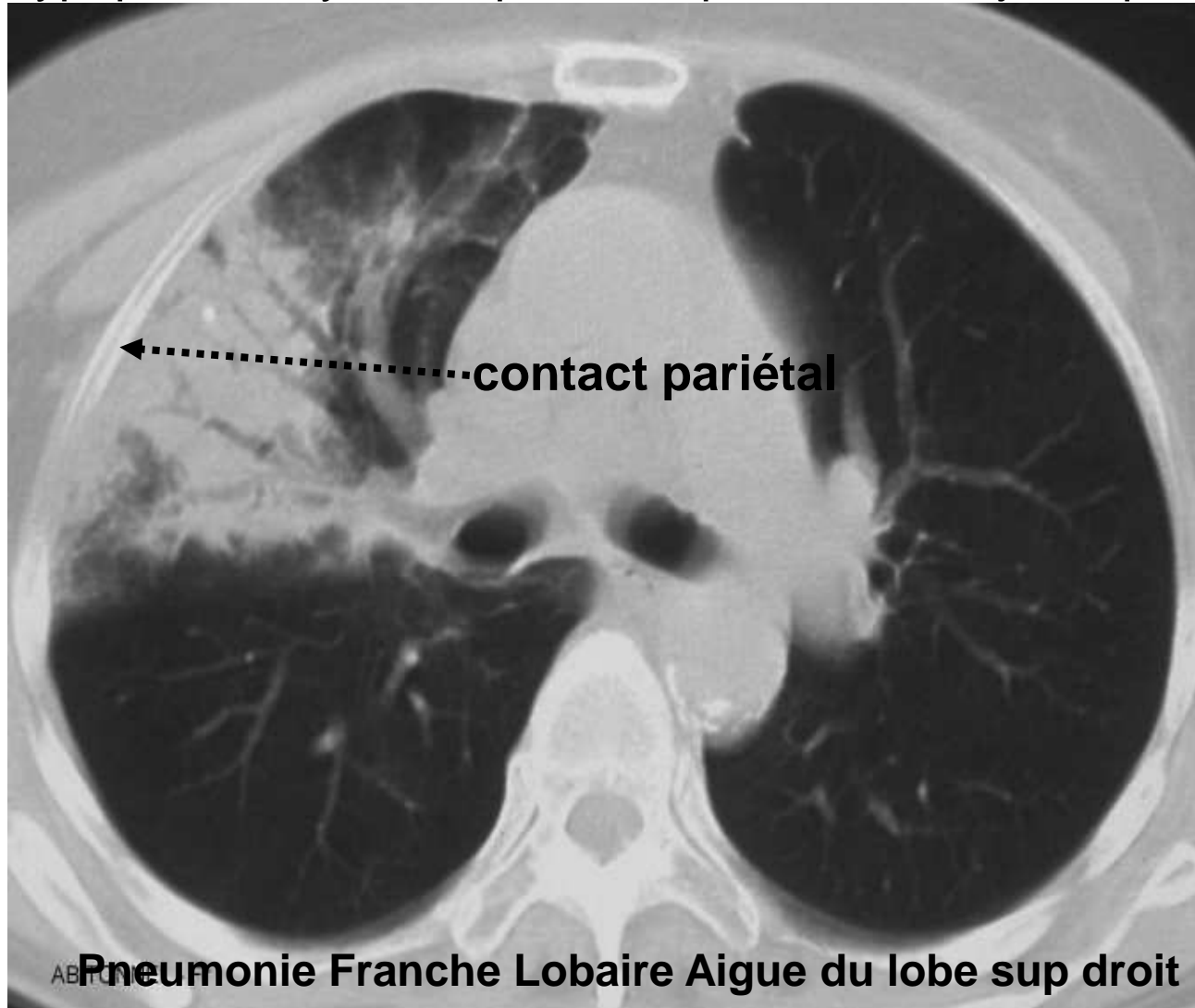


Le contexte est évocateur, associant des signes d'infection, une toux  $\pm$  expectoration et des anomalies à l'auscultation

**Pneumonie Franche Lobaire Aigue du lobe supérieur droit**

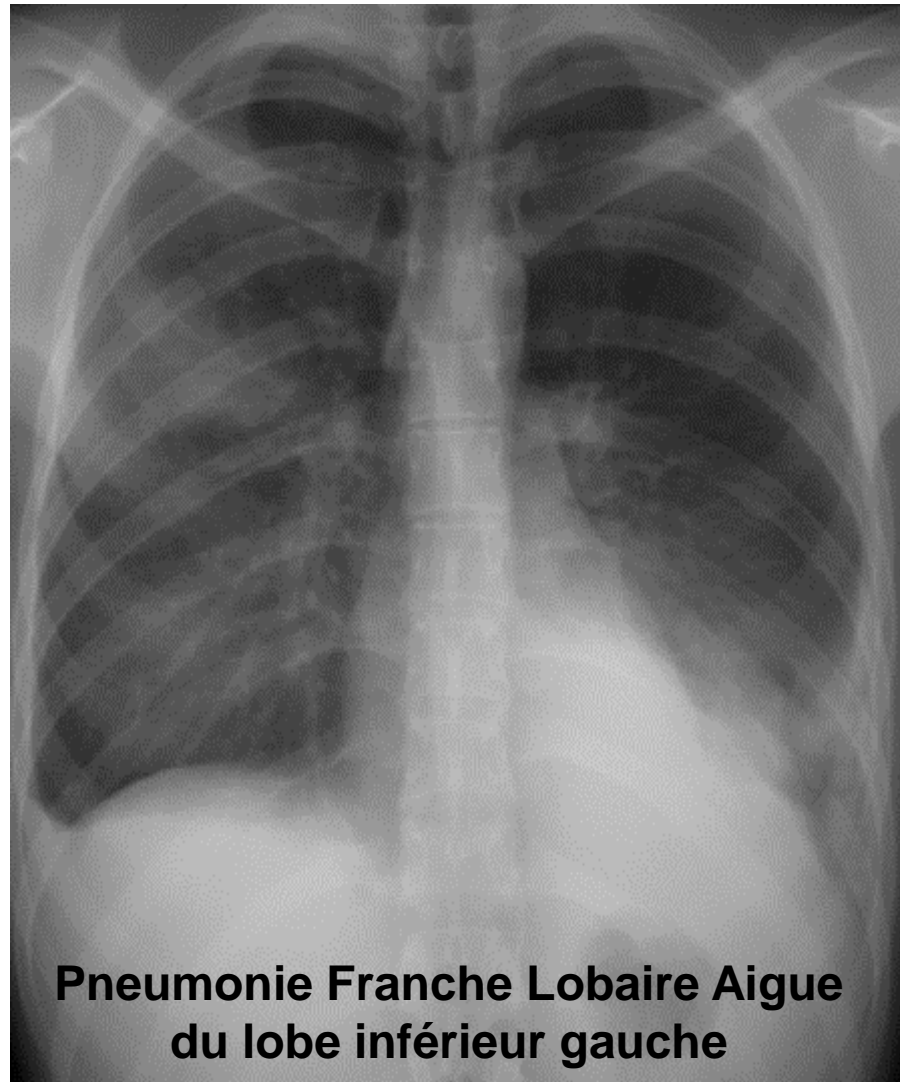
- **Douleur thoracique d'origine pulmonaire:**  
**Pneumonie aigue**

- douloureuse uniquement quand il y a un contact pariétal
- typiquement rythmée par la respiration et majorée par la toux



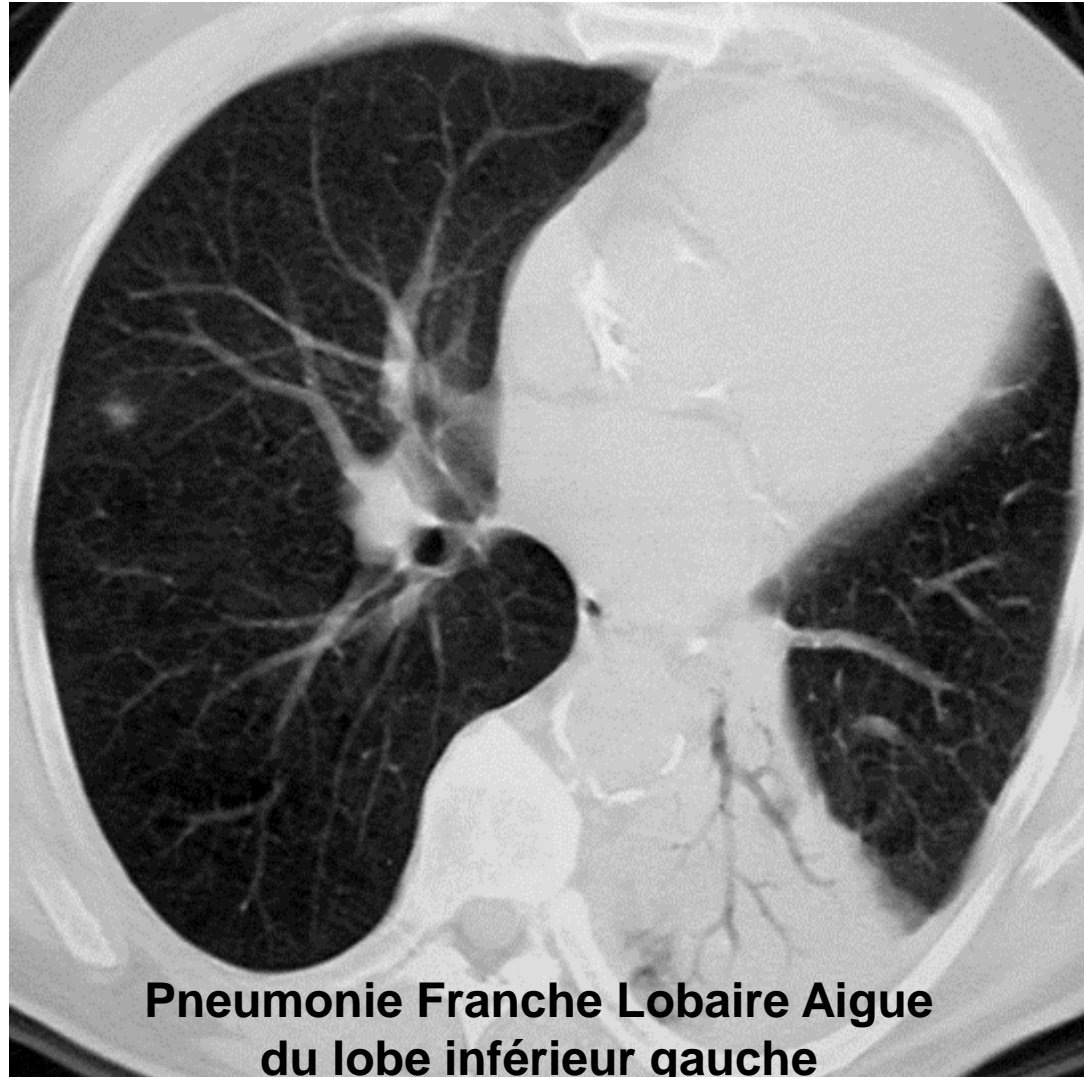
- **Douleur thoracique d'origine pulmonaire:**  
**Pneumonie aigue**

- douloureuse uniquement quand il y a un contact pariétal
- typiquement rythmée par la respiration et majorée par la toux



- **Douleur thoracique** d'origine pulmonaire:  
**Pneumonie aigue**

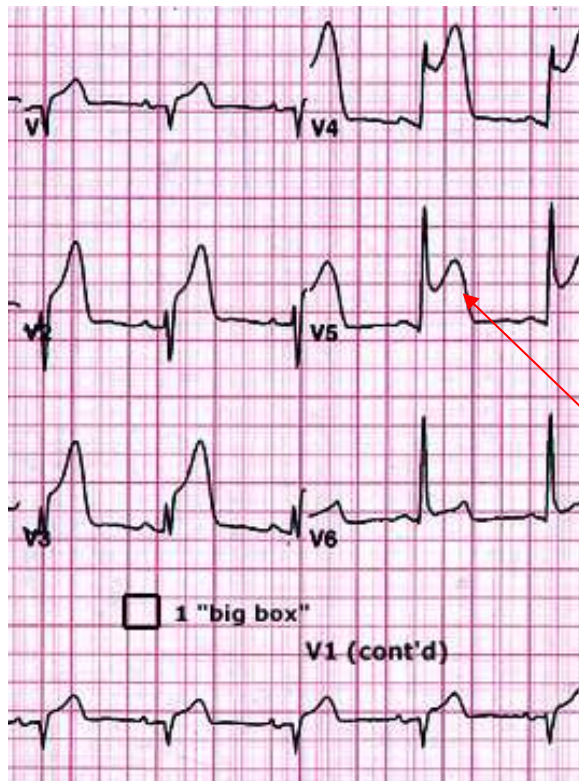
- douloureuse uniquement quand il y a un contact pariétal
- typiquement rythmée par la respiration et majorée par la toux



- **Douleur thoracique** d'origine cardiaque

- **crise d'angine de poitrine**

- douleur précordiale, constrictive, à l'effort avec irradiations caractéristiques
- sensibilité aux dérivés nitrés
- fréquence des douleurs atypiques

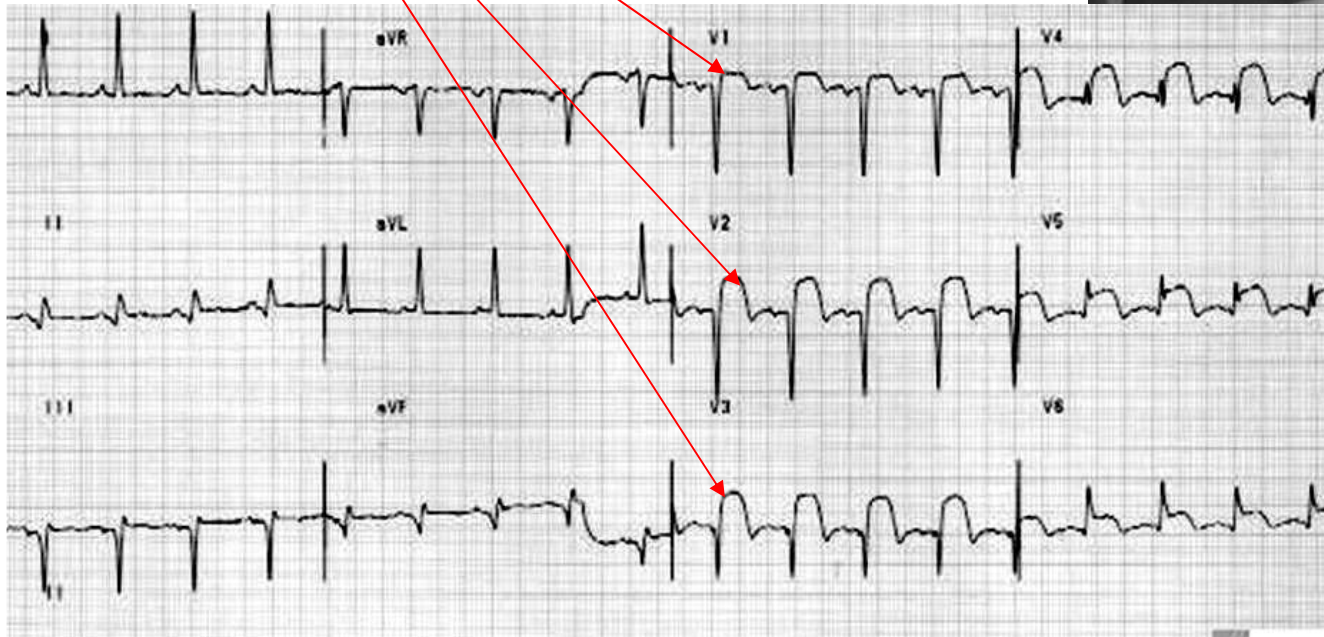


**l'ECG oriente le diagnostic**

# • Douleur thoracique d'origine cardiaque

## • infarctus

- Cf angine de poitrine
- Sensation de mort imminente
- L'ECG et la biologie (CPK, troponine) orientent le diagnostic



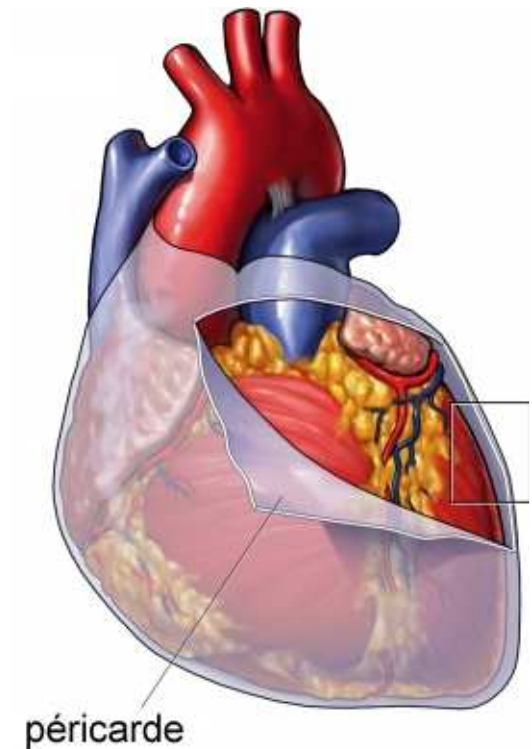
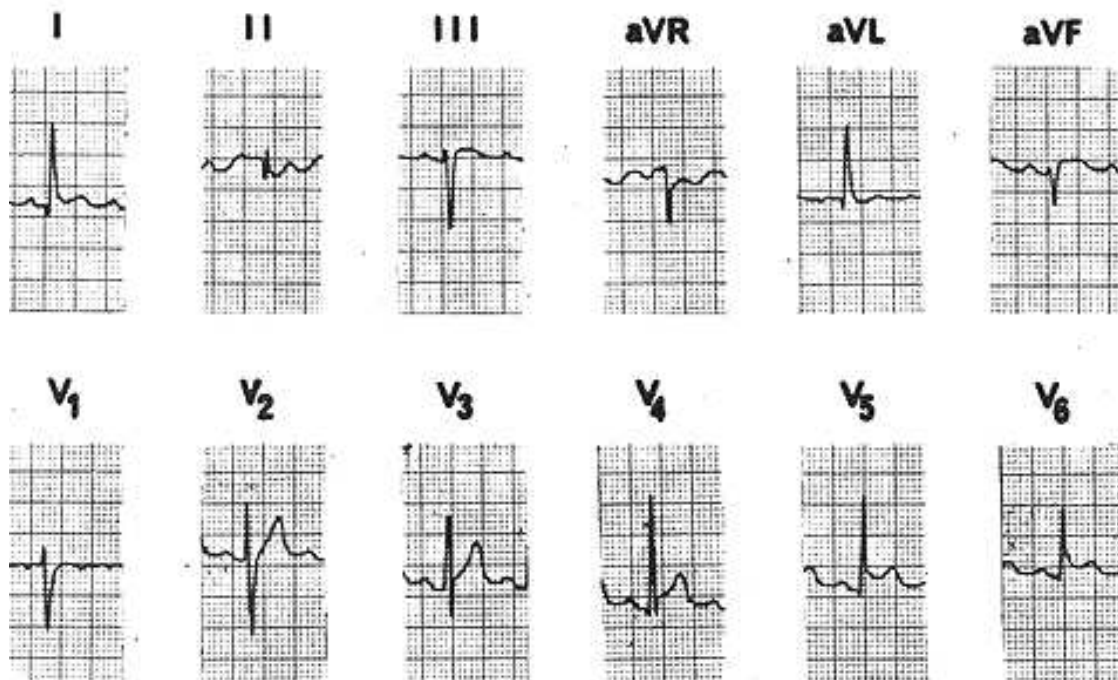
- **Douleur thoracique** d'origine cardiaque

<b>Éléments contre une douleur coronarienne</b>	<b>Éléments en faveur d'une douleur coronarienne</b>
Absence d'antécédent coronarien	Irradiation dans les deux bras
Ou douleur en coups de couteau ou en lancées	Ou irradiation dans le membre supérieur gauche
Ou douleur clairement reproductible à la palpation	Ou irradiation dans l'épaule droite
Ou douleur variant avec la position ou la respiration	Ou sueurs diffuses

- **Douleur thoracique d'origine cardiaque**

- **Péricardite**

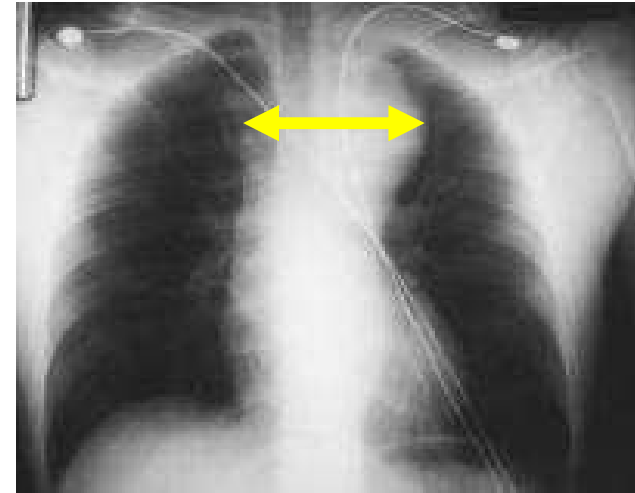
- Douleurs vives, antérieures, pseudoangineuses
- 2 caractères d'orientation
  - atténuation par la position penchée en avant
  - frottement péricardique
- L'ECG et l'échographie cardiaque orientent le diagnostic



- **Douleur thoracique** d'origine cardiaque

- **dissection aortique**

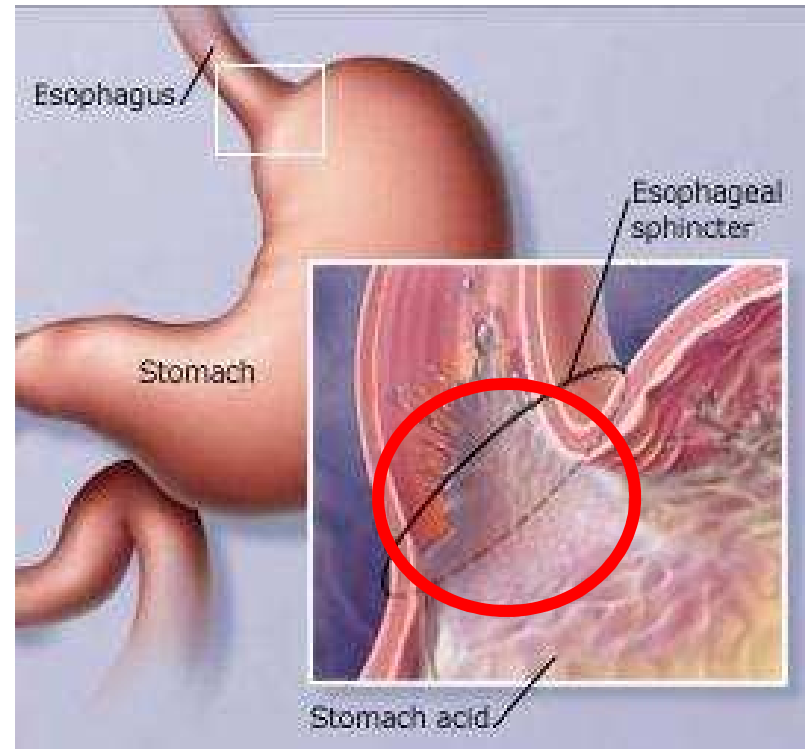
- Douleur médiastinale à irradiations **postérieures** et **descendantes**
- Associée à une modification des pouls périphériques
  - ± élargissement du médiastin
- Δ # Infarctus myocarde
- Δ affirmé par échocardiographie transoesophagienne par TDM / RMN



- **Douleur thoracique d'origine digestive**

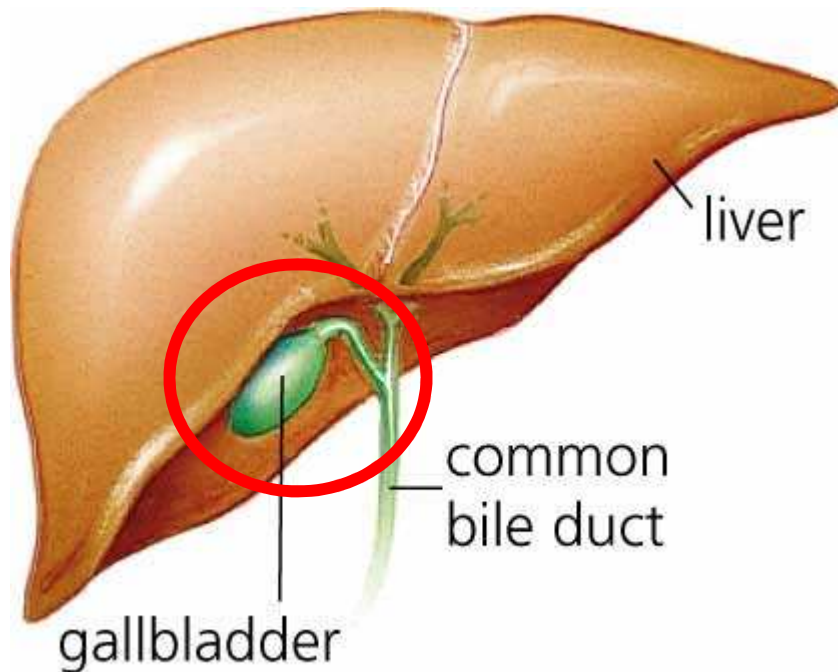
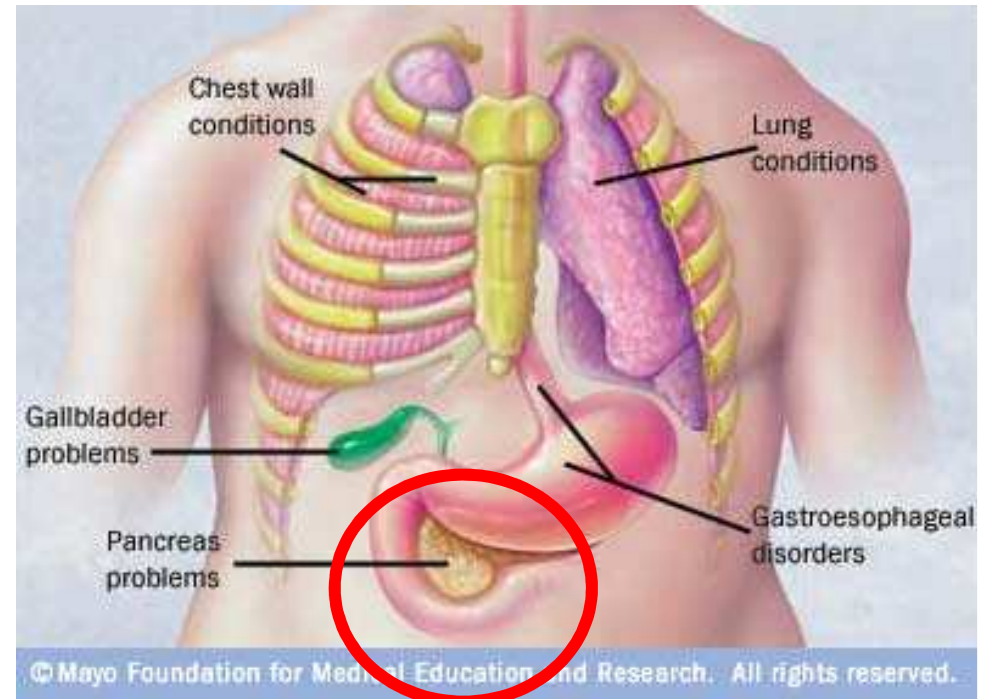
- **Reflux gastro-oesophagien**

- une des principales causes de douleur thoracique, notamment le RGO
- peuvent simuler un SCA (oppressive avec irradiation)
- peuvent céder aux dérivés de nitrés
- dans tous les cas on ne retiendra l'origine oesophagienne qu'après avoir exclu un SCA
- et ce d'autant que l'œsophage et le cœur ont une innervation commune



- Douleur thoracique d'origine digestive

- Cholécystite
- Pancréatite



# Orientation diagnostique devant une douleur thoracique aigue

