gettyimages

SEMIOLOGIE DES PATHOLOGIES MEDICALES

Chargé du cours
Maître KOUASSI Yao Honoré
Inspecteur des soins
Enseignant-Formateur, Master en Sciences de l'éducation
49601144/03070244

INTRODUCTION 1/3

- **Ce cours vise à donner à l'étudiant de L1 Inf./SFM. les connaissances requises pour promouvoir, restaurer, maintenir la santé des individus, des familles, et des communautés.**

INTRODUCTION 2/3

- Sémiologie = analyse l'ensemble des manifestations cliniques d'une maladie;
- Permet une bonne exploration des organes;
- Aide à poser un diagnostic.

INTRODUCTION 3/3

Il définit les grands concepts de la sémiologie, s'intéresse à la sémiologie en pneumologie, en cardiologie, en gastro entérologie, en uro néphrologie et en rhumatologie.

Chapitre I
GENERALITES ET DEFINITIONS DES CONCEPTS

OBJECTIFS GENERAUX

L'étudiant de de L1 sera capable de:

- Maîtriser les grands concepts la sémiologie médicale
- Maîtriser les étapes de l'examen clinique

OBJECTIFS SPECIFIQUES

À la fin de ce cours l'étudiant de L1 sera capable de:

1)définir les principaux concepts de la sémiologie médicale

2)énumérez les étapes de l'examen clinique;

PLAN DU COURS

- I- Définition des concepts
- II- Etapes de l’examen clinique

DEFINITIONS 1/7

- **Sémiologie**

Science des signes; analyse de l'ensemble des manifestations cliniques d'une maladie

- **Clinique**: effectué ou constaté par le médecin au lit du malade

DEFINITIONS 2/7

- **Clinicien : le médecin qui travaille au lit du malade**

DEFINITIONS 3/7

- Maladie= altération de l'organisme = déviation d'un état

DEFINITIONS 4/7

- Nosologie =classification des maladies-

Elle évolue selon en fonction des connaissances et classée selon sa cause, sa répartition dans la population ou ses facteurs de risque, son mécanisme

DEFINITIONS 5/7

- Etiologie = cause
- Physiopathologie=Etude de la modification des grandes fonction au cours des maladies-

=processus d'installation d'une maladie au niveau des grandes fonctions

DEFINITIONS 6/7

- Epidémiologie= étude de la répartition de la maladie dans la population et facteurs de risque
- Symptôme: plaintes du patient provoquées par l'état de maladie.

- Objectifs=exprimés par le malade et perçues/le Médecin
- Subjectifs=perçues et exprimés par le patient

DEFINITIONS 7/7

- Signe: caractéristique d'une maladie, reconnu par le médecin pour poser un diagnostic ou pronostic
- Syndrome: ensemble de signes qui orientent vers une ou plusieurs maladies
- Diagnostic : identifier un état de maladie (négatif, positif, différentiel)

II ETAPES DE L'EXAMEN CLINIQUE

2-1 Définition de l'Examen clinique:

- activité qui permet au médecin ou aux infirmiers cliniciens de décrire l'état d'un patient, ou d'un individu. Comporte: interrogatoire-inspection-palpation-percussion-auscultation,

2-2 L'interrogatoire

une enquête que le soignant va enclencher pour recueillir des informations utiles à la prise en charge du patient.

2-3 L'inspection

- Elle consiste à observer attentivement chaque partie du corps du malade.
- **Habitus général :** ce sont les informations concernant : mimique figée (amimie), triste, vêtements négligés
- **Expression verbale** :
- **Aspect de la peau et des conjonctives** : **Aspect du visage** :
- **Aspect des mains, ongles** :
- **Cavité buccale**

2-4 La palpation

- **consiste à toucher diverses zones du malade à la recherche d'une anomalie (une grosseur suspecte en général).**

2-5 La percussion

- technique qui consiste à frapper le malade directement avec le doigt (immédiate) ou à frapper sur un autre doigt ou la main appuyée fermement sur le malade.

2-6 L’auscultation

- **consiste à écouter les bruits du corps, en utilisant le stéthoscope, pour évaluer la fonction physique d'un organe, ou détecter la présence d'une maladie**

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

SEMIOLOGIE DES PATHOLOGIES RESPIRATOIRES

I. SIGNES FONCTIONNELS

- Douleur
- Toux
- Expectorations
- Hémoptysie
- Douleur
- Vomique
- Dyspnée

1-La Douleur 1/2

- Préciser ses caractéristiques à partir d'un interrogatoire minutieux:
- Siège
- Topographie
- Intensité
- Horaire

1-La Douleur 2/2

- Mode de survenue: spontanée-ou provoquée
- Les signes d'accompagnement
- L'acuité de la douleur: Douleur aigue ou subaiguë ; douleur chronique

2. Toux

2-1. Définition

= acte reflexe neurogène; acte de défense qui correspond à une expiration brusque et bruyante

2.2 Caractéristiques de la toux 1/2

Préciser à l'interrogatoire:

- Horaire: matinale, ou nocturne
- Durée: aigue(moins de 3sem,); sub aigue**(3-8sem.);** chronique(**>8** semaine)
- Circonstances: effort-décubitus….
- Type: sec –gras-productif
- Signes d'accompagnement: point de coté…

2.3 Conséquences de la toux 2/2

- Toux productive ou grasse de timbre humide, avec expectoration
- Toux sèche, de timbre plus aigu, sans expectoration, émétisante (qui fait vomir)
- Toux éteinte, rauque, bitonale, rythmée (secousses espacées) ou quintes; pénible

2-3 Causes de la toux 1/2

✓ **Causes broncho-pulmonaires**

- ❖ Bronchites aigues bactériennes ou virales
- ❖ Bronchites chroniques
- ❖ Asthme
- ❖ Tuberculose pulmonaire
- ❖ Pleurésie

2-3 Causes de la toux 2/2

✓**Causes extra- pulmonaires**

- Insuffisance cardiaque gauche
- Affections laryngo-trachéales
- Atteinte neurologique
- Fistule œso-trachéale
- Reflux gastro œsophagien
- Œsophagite
- Sinusites chroniques

III. Expectorations

3.1 Définition

Les expectoration sont des secrétions anormales provenant de l'appareil respiratoire malade suite à un effort de toux; ces sécrétions sont d'origine sous glottiques

3-2. Caractéristiques des expectorations

Précisez:

- Aspect: translucide, filant, aéré; mousseuse-sanglante;
- Consistance: salive-fluide, séreuse-épaisse-purulente
- Horaires, saison, facteurs déclenchants
- Couleur

3-2. Caractéristiques des expectorations

- Ancienneté: récente, ancienne
- Horaire: diurne, matinale, nocturne;
- Circonstance de survenue: spontanée ou provoquée
- Abondance:
- Odeur: nulle ou fétide
- Signes d'accompagnement

3-3 Causes d'expectoration

- Cancer bronchique
- Bronchites chroniques
- Asthme
- Abcès du poumon
- Dilatation des bronches
- Insuffisance cardiaque gauche

IV. Hémoptysie

4-1. Définition de l'Hémoptysie

C'est un rejet par expectoration de sang provenant de la partie sous-glottique de l'arbre respiratoire suite à un effort de toux.

4-2. Caractéristiques

A préciser

- Ancienneté
- Horaire
- Circonstances de survenue
- Abondance: petite, moyenne ou grande abondance

4-3. Diagnostic différentiel

Faire la différence avec:

- Hématémèse
- Epistaxis déglutie ou un saignement pharyngé
- Hémosialorrhée

4-4 Principales causes

- Cancer broncho-pulmonaire
- Tuberculose pulmonaire,
- Pneumopathies aigues infectieuses
- Dilatation des bronches -Embolie pulmonaire
- Rétrécissement mitral-Infarctus pulmonaire

4-5 Interventions infirmières 1/4

➢ Gestes infirmiers

- Installer le malade en position demi-assise
- Rassurer le patient
- Donner un récipient pour mesurer le saignement
- Contrôler régulièrement les constantes
- Recueillir les données (circonstances-TTT-ATCD pulmonaire)

4-5 Interventions infirmières 2/4

➢ Gestes infirmiers:

- Etablir une feuille de surveillance
- Maintenir le calme autour du malade
- Lui donner une alimentation froide
- Informer le patient des examens qui vont être réalisés

4-5 Interventions infirmières 3/4

➢ Actions en collaboration avec le médecin

- Mise en place d'une voie veineuse
- Établir les bulletins de Rx et un bilan sanguin en urgence sur avis du médecin
- Administrer les prescriptions médicales

4-5 Interventions infirmières 4/4

- Surveiller l'hémoptysie:
  - Si le sang devient noirâtre : bonne évolution
  - Si sang reste fluide et rouge: inquiétant risques d'encombrements

V. Vomique

5-1. Définition 1/2

La vomique est une forme d'expectoration caractérisée par le rejet d'une grande quantité de liquide claire ou de pus en faveur d'un effort de toux.

5.1 Définition 2/2

La vomique purulente est un rejet par la bouche d'une grande quantité de pus provenant soit du poumon, soit de la plèvre soit d'une région hépatique .

5.2 Causes d'une vomique

- Abcès du poumon
- Pleurésie purulente
- Abcès hépatique
- Abcès hydatique du poumon

VI. Dyspnée

6-1. Définition

gêne ou difficulté respiratoire subjective ressentie par le patient et entraînant des modifications visibles de la ventilation.

FR Normale = 12 à 20 cycles min sans pause.

6.2 Caractéristiques d'une dyspnée 1/2

- Ancienneté: aigue ou chronique
- Horaire- périodicité
- Circonstances de survenues
- Intensité: légère –modéré-sévère
- Timbre :sifflant-rauque
- Temps ventilatoire: inspiration-expiration

6.2 Signes d'accompagnement 2/2

- Cyanose
- Troubles de la voix
- Sueur
- Laryngite

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

6.3 Types de Dyspnée 1/3

✓ **Selon la fréquence respiratoire**

- **Orthopnée: dyspnée au décubitus dorsal complet**
- **Hyperpnée : augmentation de la ventilation/par minute**
- **Tachypnée: fréquence respiratoire augmentée**

6.3 Types de Dyspnée 2/3

✓ **Selon la fréquence respiratoire**

- **Bradypnée: ralentissement du rythme respiratoire**
- **Polypnée: Respiration rapide et superficielle**
- **Apnée: pause ou arrêt respiratoire**

6-3. Types de Dyspnée 3/3

✓ **Selon la circonstance de survenue:**

- dyspnée d'effort
- dyspnée de décubitus
- Dyspnée permanente

6-3 Types de Dyspnée 3/3

✓ **Selon l'amplitude**

- **Dyspnée de Kussmaul: hyperpnée ample à 4 temps : inspiration, pause, expiration, pause**
- **Dyspnée de Cheyne-Stokes: dyspnée périodique faite de mouvements d'amplitudes croissantes, puis décroissantes, puis pause**

6-4. Causes Dyspnée 1/2

- Œdème de Quincke (allergène)
- Cancer du larynx.
- Sténose trachéale
- Asthme

6-3. Causes de Dyspnée 2/2

- Œdème aigu des poumons
- Pneumopathies aiguës ; embolie pulmonaire
- Insuffisance respiratoire ;
- Insuffisance cardiaque ;
- anémie importante

6-. Gestes infirmiers 1/3

- **Installer le patient en position qui lui permette de mieux respirer**
- **Faire appelle au médecin**
- **Prendre le pouls-la TA et les noter**

3. Gestes infirmiers 2/3

- **Rechercher signes de gravité;**
- **Poser une voie veineuse et faire amener le chariot de réanimation**
- **Brancher l'oxygène à 4l/mn**

3. Gestes infirmiers 3/3

- **Enregistrer un ECG; Attendre auprès du malade l'arrivé du médecin**

II SIGNES PHYSIQUES

2-1 Inspection

- Cicatrices thoraciques: plaie chirurgicale
- Forme du thorax: allongé-élargie- rétracté….
- Forme du squelette: pectus excavacum-ou carinatum …
- Mouvements respiratoires: diminution ou augmentation
- Type de respiration: abdominale ou thoracique

2-2 Palpation

- Rechercher une abolition de la transmission des mouvements de vibrations sonores du larynx

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

2-3 Percussion

- Matité : d'origine pleurale ou pulmonaire -bruit de percussion d'un arbre; traduit la présence d'une condensation pulmonaire
- Tympanisme: augmentation de la sonorité normale du thorax

2-4 Auscultation

- Murmure vésiculaire: bruit de timbre différent à l'inspiration et à l'expiration
- Bruits surajoutés:

- Souffles-Frottements
- Râles-Tintement
- Wheeling: bruit de vent dans un endroit resserré

EVALUATION FORMATIVE

SEMIOLOGIE DANS LES PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES

OBJECTIF GENERAL

L'étudiant de licence 1 sera capable de reconnaître les signes en rapport avec une pathologie cardiovasculaire

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1)Définir en ses propres termes sans en altérer le sens les signes cliniques en pathologie cardiorespiratoire ;

2)Décrire au moins quatre signes fonctionnels et quatre signes physiques en pathologie cardiovasculaire

I-LES PRINCIPAUX SIGNES FONCTIONNELLES

1.1 DOULEURS THORACIQUES 1/14

Aussi appelées précordialgies.

2 types:

- Précordialgies d'origine cardiovasculaires
- Précordialgies d'origine extra cardiaque

Les douleurs thoraciques d’origine cardiaque

1-1-1Angine de poitrine ou angor 1/3

- Douleur à type de constriction, en étau ou de brûlure,
- survient à l'effort ;
- Siège rétro sternal ou en barre médio thoracique, entre les deux seins

1-1-1Angine de poitrine ou angor 2/3

- Irradie à la face interne du bras gauche, au maxillaire inférieur, rarement à l'épaule droite, à la face interne bras droit ou dans le dos ;

1-1-1Angine de poitrine ou angor 3/3

- de courte durée, (15 mn) ;
- S’arrête spontanément quand les circonstances qui l’ont provoquée cessent (effort)
- La prise de Trinitrine sublinguale fait céder la douleur en 2-3 minutes

1-1-2 Infarctus du myocarde 1/2

- Douleur angineuse très intense, intolérable, angoissante avec sensation de mort imminente
- Irradiation multiple: bras, dos mâchoire

1-1-2 Infarctus du myocarde 2/2

- Dure 15 minutes et plus,
- Résiste à la nitroglycérine sublinguale,
- S’accompagne de nausée et/ou de vomissement, de sueur…

1-1-3 Péricardite Aigue

- Voisine de l'infarctus myocardique aigu, moins intense, forte à l'inspiration,
- Atténuée en position assise,
- Accompagnée d'1 élévation modérée de la T° (38° - 38°5)

1-1-4 Embolie pulmonaire

- Douleur de siège latéro-thoracique,
- à type de point de côté ;
- augmentée par l'inspiration ;
- accompagnée fréquemment de toux, de tachypnée, et plus tard d'hémoptysie.

1-1-4 Dissection Aortique Aigue 1/2

- Souvent Présente chez un patient ayant des antécédents d'HTA,
- un souffle diastolique ou asymétrie tensionnelle de plus de 25 mm d'Hg entre les 2 bras ;

1-1-4 Dissection Aortique Aigue 2/2

- très brutale qui évoque un infarctus myocardique aigu ;
- à type de déchirure antéro-postérieure thoracique ;
- Irradie dans dos, puis descend jusque dans les lombes.

1-1-5 Arythmie Douloureuse

- Toutes les tachyarythmies peuvent être ressenties comme une douleur angineuse, alors même que le patient ne ressent aucune palpitation.

1-1-6 Hépatalgies

- Douleur à type de pesanteur douloureuse
- Siège à l’hypochondre droit;
- Survient d'abord à l’effort, puis au repos.

Cause : insuffisance cardiaque gauche

Les douleurs thoraciques d’origine non cardiovasculaires

1-2-1Algies thoraciques d'origine nerveuse-1

- Localisation varie d'un individu à l'autre
- ponctiforme en générale, souvent désignée du bout du doigt par le patient
- transfixiante, en coup de poignard ou d'aiguille
- Parfois étalée, de topographie latérothoracique gauche ou droite

1-2-1Algies thoraciques d'origine nerveuse -2

- Avec ou sans irradiation au bras correspondant sous forme d'engourdissement ou de fourmillement, chez un sujet engoissé
- Sans effort
- Se répétant depuis plusieurs années sans atteinte coronaire
- Peu durer une fraction de seconde ou quelques heures

1-2-2 Algies cervico-brachiales et pariétale 1/2

- non influencées par la marche ;
- déclenchées par un mouvement de tête ou du bras ;

<u>Cause</u>: pathologie vertébrale, cervicale ou une péri arthrite scapulo-humérale ;

1-2-2 Algies cervico-brachiales et Pariétales 2/2

- Douleurs intercostales en hémi-ceinture, uni ou bilatérale évoquent une pathologie vertébrale; dorsale
- peuvent précéder l'apparition de l'éruption d'un zona

1-2-3 Douleurs pleuropulmonaires 1/2

- Pariétales, latéro-thoraciques,
- Durables
- Augmentées par les mouvements respiratoires profonds
- Atténuées par les mouvements superficiels

1-2-3 Douleurs pleuropulmonaires 2/2

- Souvent d'origine pleurale
- Liées à une pneumopathie si toux et contexte fébrile aigue.

1-2-4 Douleurs d'origine digestive et hépatiques 1/2

<u>Causes:</u> cholécystite, colique hépatique-pancréatite, ulcère gastroduodénal ;

- Selon ses caractéristiques, peut :

– irradier dans le thorax, au niveau apical et thoraco-brachiale, simulant un angor, ou en être un facteur déclenchant;

1-2-4 Douleurs d'origine digestive et hépatique 2/2

- en rapport avec une hépatalgie d'effort, peut simuler un angor ;
- si hépatomégalie douloureuse et turgescence jugulaire, liée à un foie cardiaque

1.3 Douleur des MIO artérielle 1/3

✓ **Claudication intermittente douloureuse**

évoque une ischémie musculaire par augmentation de la consommation musculaire en oxygène liée à l'accroissement du travail.

1.3 Douleur des MIO artérielle 2/3

✓ **Claudication intermittente douloureuse**

- Douleur, à type de crampe,
- Apparaît à la marche et oblige le patient à ralentir ou à s'arrêter ;
- Disparaît en 2 à 3 minutes de repos ; Réapparaît à la reprise de la marche.

1.3 Douleur des MIO artérielle 3/3

✓ **Douleurs ischémiques de repos**

Survient chez un patient souffrant claudication intermittente douloureuse avec un périmètre de marche modeste ou récemment raccourci,

- Peut apparaître au repos, après 1 ou plusieurs heures en position allongée ;
- Obligeant le patient à sortir la ou les jambes de la chaleur du lit.

1.4 Douleur des MIO Veineuse 1/3

✓ **Les « Jambes lourdes »**

- très fréquent,
- Lourdeurs plus ou moins douloureuses des membres inférieurs,
- plus importante durant les grandes chaleurs ou avec le cycle menstruel ;

• Peut exister même en l'absence de signe physique d'insuffisance veineuse

1.4 Douleur des M.I.O. Veineuse 2/3

- ✓ **Douleur de phlébite, ou de thrombose veineuse aiguë**
  - **Thrombose** : présence d'un caillot de sang dans une veine et qui l'obstrue.
  - **Phlébite**: inflammation d'une veine obstruée par un caillot de sang. D'où l'appellation thrombophlébite.

1.4 Douleur des M.I.O. Veineuse 3/3

✓**Douleur de phlébite, ou de thrombose veineuse aiguë**

- Forme la plus typique (une veine du mollet):

– Douleur vive ;

– Siège au mollet ;

– Peut être reproduite par la palpation du mollet douloureux ou par la dorsiflexion du pied.

2. Dyspnée

=sensation de manque d'air, impression d'étouffement

Gêne ou difficulté respiratoire qui se manifeste sous forme de:

- Dyspnée à l'effort
- Dyspnée de repos souvent orthopnée

Généralement une polypnée

3- Œdème Aigue des Poumons (OAP)

inondation alvéolaire diffuse par transsudat secondaire à l'élévation de la pression capillaire pulmonaire au-dessus de 25mmHg.

- Détresse respiratoire de survenue brutale,
- Souvent nocturne,
- Caractérisée par une polypnée superficielle, très rapide, angoissante et parfois douloureuse
- Avec sensation de chape de plombs sur les épaules.

4- Pseudo-Asthme Cardiaque

= congestion pulmonaire peut prendre l'aspect d'une crise d'asthme

- Avec une Bradypnée expiratoire,
- Orthopnée,
- Toux peu productive ,
- Râles sous-crépitants

5. PALPITATIONS 1/4

- Sensations pénibles anormales causées par les battements cardiaques normalement pas perçus sauf si émotion ou effort intense.

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

5. PALPITATIONS 2/4

- Rythme cardiaque (Pouls)normal chez adulte compris entre 50 et 100 pulsations /mn.
- Bradycardie: si pouls inférieur à 50puls/mn
- Tachycardie: si pouls supérieur à 100puls/mn

5. PALPITATIONS 3/4

GESTES INFIRMIERS

- Faire allonger le patient sur un lit ;
- Le mettre au repos durant au moins 15mn
- Prendre le pouls, la tension artérielle et les noter
- En cas de tachycardie, de bradycardie ou de tension anormale, faire appeler le médecin

5. PALPITATIONS 4/4

GESTES INFIRMIERS

- Enregistrer un ECG le plus vite possible afin de préciser un éventuel trouble du rythme ;
- Apprêter et faire amener le chariot de réanimation auprès du patient ;
- Attendre l'arrivée du médecin auprès du patient.

6. LIPOTHYMIE

= sensation passagère de malaise qui n'aboutit pas à une perte de connaissance.

= impression passagère d'évanouissement.

7. SYNCOPE 1/6

- Perte de connaissance brutale, totale et brève, avec chute, due à une diminution transitoire du débit sanguin cérébral = spontanément réversible en 1 à 2 minutes

5. SYNCOPE 2/6

- <u>Gestes infirmiers devant une syncope</u>

  - Faire appeler le médecin en urgence ;
  - S’assurer de la présence des pouls centraux et d’une respiration spontanée

➢ Gestes infirmiers devant une syncope

- Si pouls centraux absents, il y alors un arrêt cardiorespiratoire, débuter le massage cardiaque et la ventilation au masque ou le bouche à bouche ;

5. SYNCOPE 4/6

- <u>Gestes infirmiers devant une syncope</u>

  - Si pouls sont présents avec ventilation spontanée, demander de l'aide pour porter le patient sur un lit, l'allonger ;
  - Surélever les membres inférieurs ;

5. SYNCOPE 5/6

➢ <u>Gestes infirmiers devant une syncope</u>

- Prendre le pouls et la tension et les noter ;
- Rechercher des signes de gravité : pâleur, sueurs, marbrures, polypnée, douleur thoracique En présence de tels signes faire amener le chariot d'urgence ;

- <u>Gestes infirmiers devant une syncope</u>
  - Poser une voie veineuse et enregistrer un ECG dans tous les cas ;
  - Attendre l'arrivée du médecin au chevet du patient.

6.Autres symptômes

- Céphalées

Maux de tête violents, occipitaux ou frontaux présents dans L'HTA;

- Toux
- Hémoptysie
- Enrouement de la voix

6.Autres symptômes 2/2

- Œdème des membres inférieurs;
- Troubles digestifs
- Accroupissement
- Nycturie: volume des urines augmenté pendant la nuit

II SIGNES PHYSIQUES

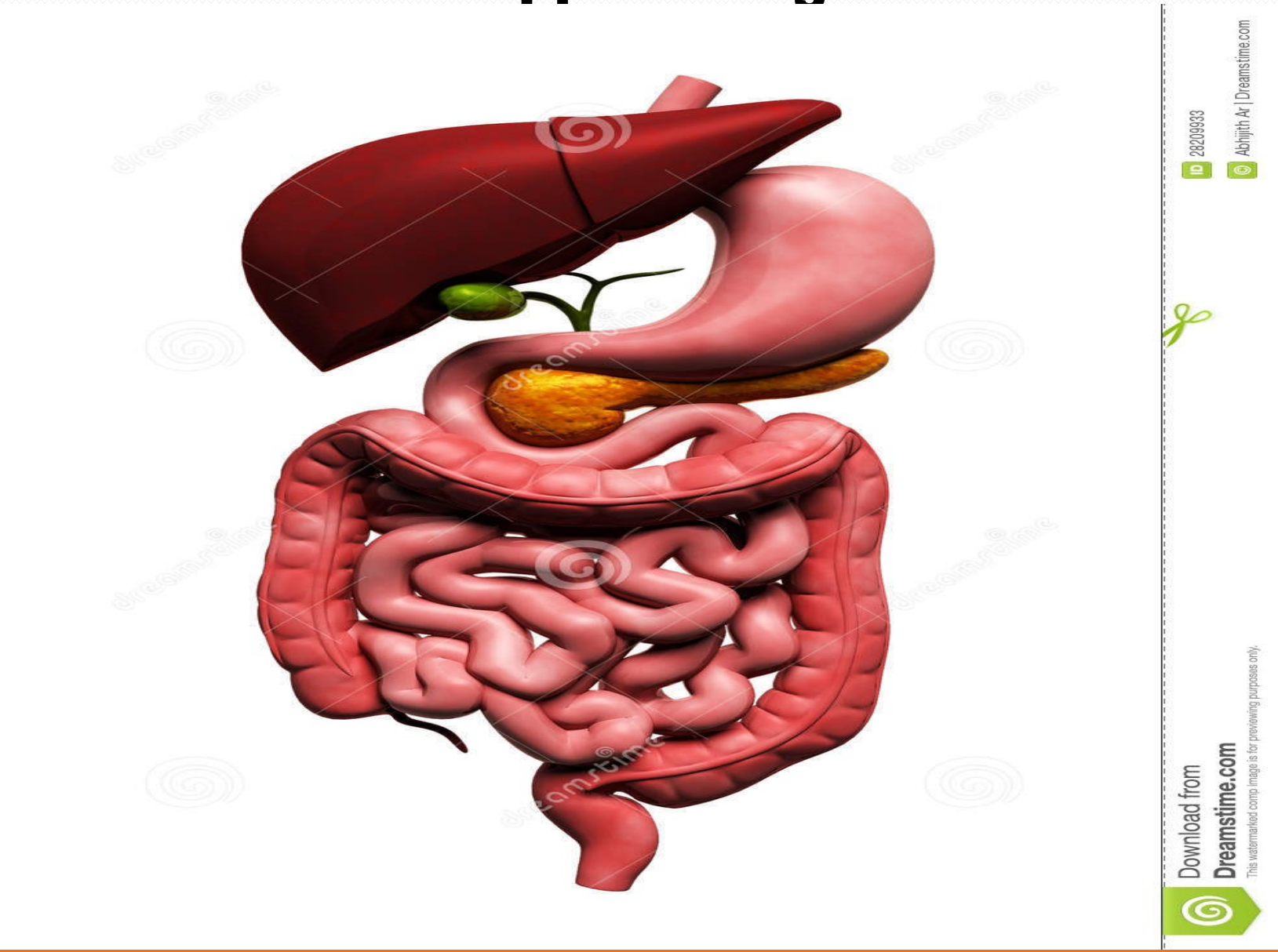
II SIGNES PHYSIQUES

- Interrogatoire
- Inspection
- Palpation
- Percussion
- auscultation

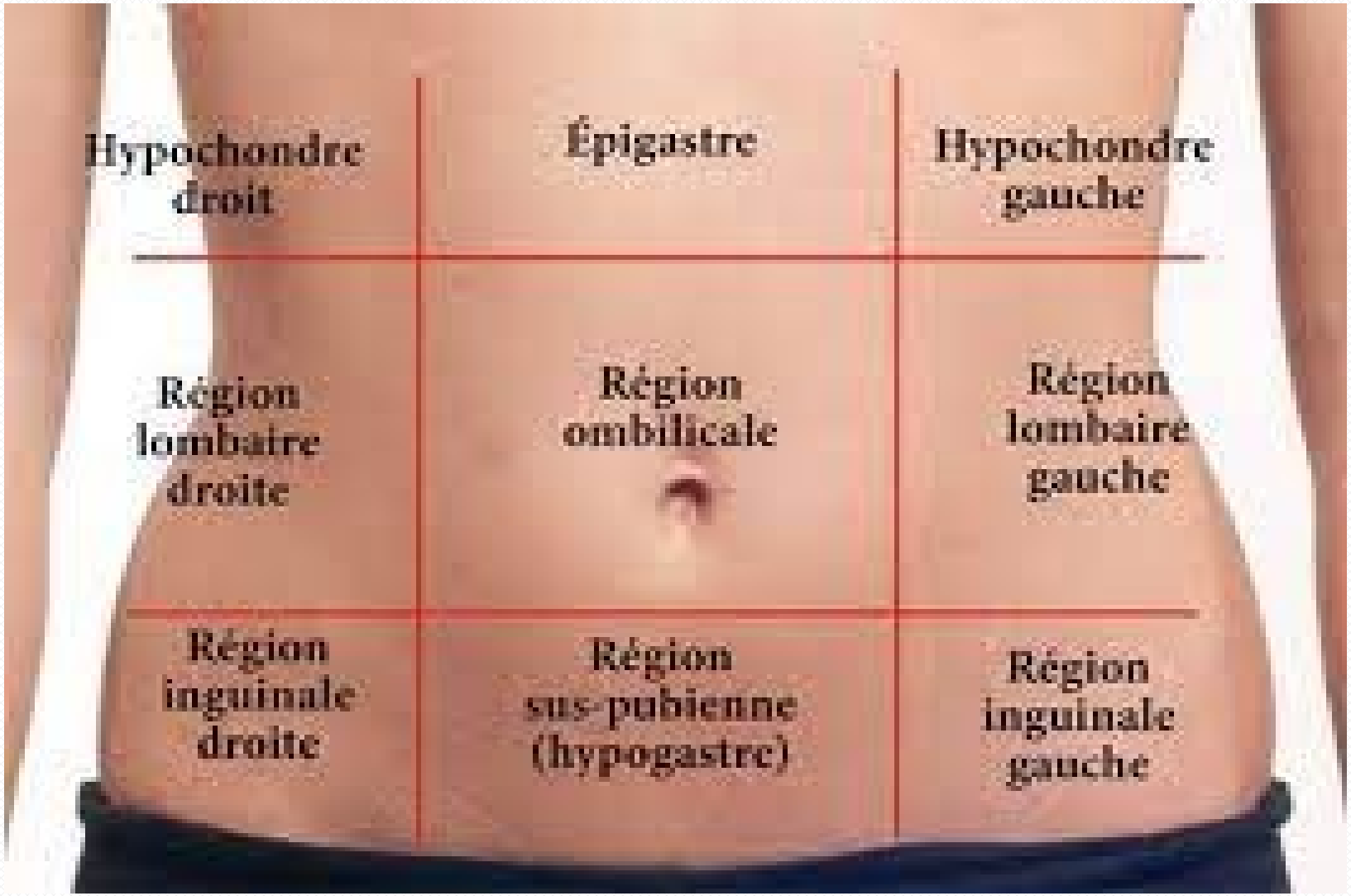
EVALUATION FORMATIVE

SEMIOLOGIE EN PATHOLOGIES DIGESTIVES

Appareil digestif



RAPPEL ANATOMIQUE-ET PHYSIOLOGIQUE



I-SIGNES FONCTIONNELS

1. Dysphagie 1/2

1-1 définition

Sensation non douloureuse de gène ou d'obstacle à la déglutiion

- **Sélective**
- **Totale**
- **Paradoxale**

1. Dysphagie 2/2

1-2 Etiologies

- Cancer de l'œsophage
- Tumeurs bénignes
- Œsophagites
- Goitre
- corps étrangers intra-oesophagien

2. Reflux gastro œsophagien 1/2

2-1 définitions

- Remontée de liquide gastrique acide dans l'œsophage
- passage involontaire et sans effort de liquide du contenu gastrique dans l'œsophage qui arrive quelquefois jusqu'à la bouche.

2. Reflux gastro œsophagien 1/2

2-2 facteurs favorisants

- Mauvaise fermeture du cardia ;
- Augmentation de la pression abdominale ;
- Diminution de la pression du sphincter inferieur de l'œsophage.
- Hernie hiatale

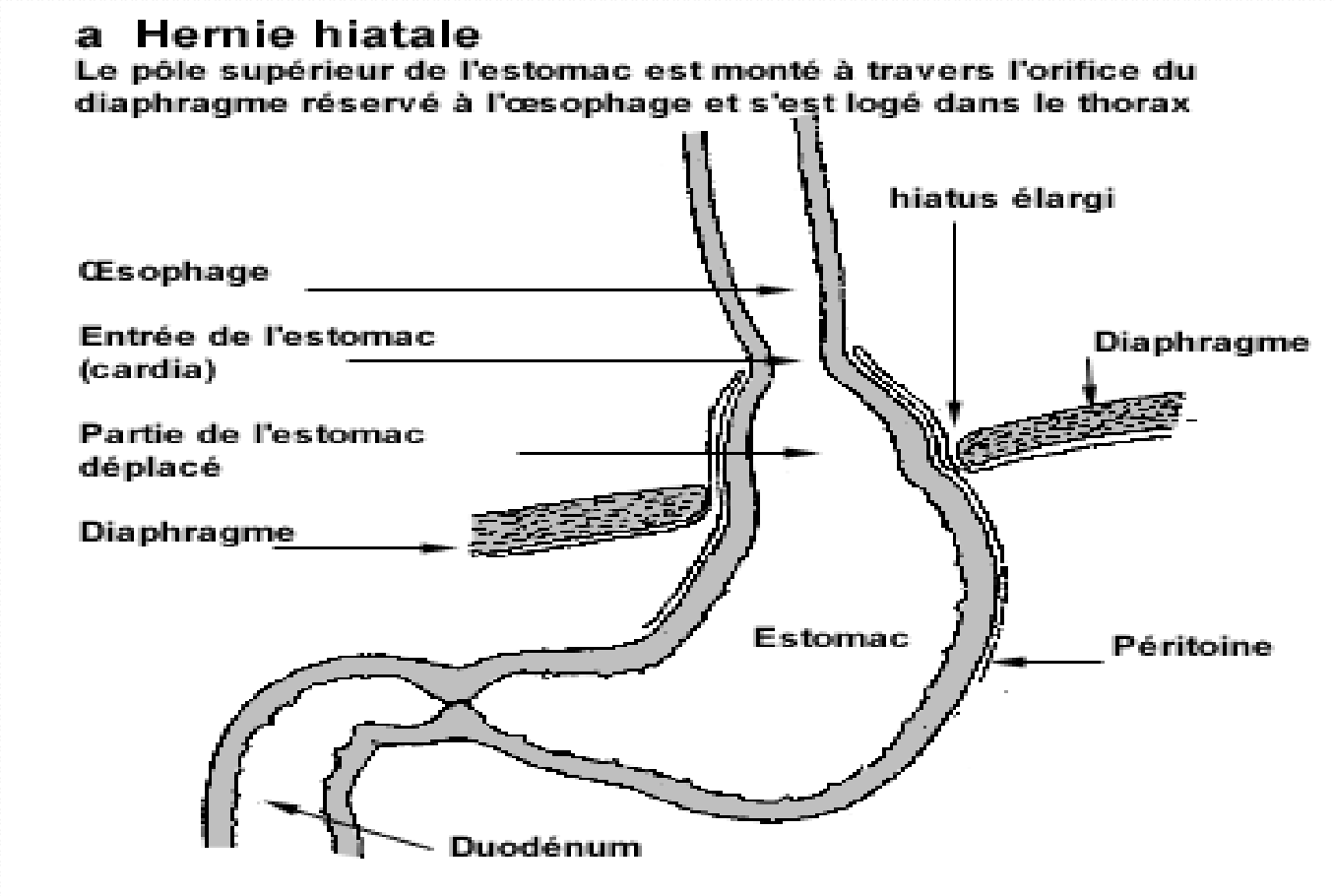
3- Hernie hiatale 1/2

passage d'une partie de l'estomac (grosse tubérosité) à travers l'orifice hiatal du diaphragme (orifice normalement traversé par l'œsophage

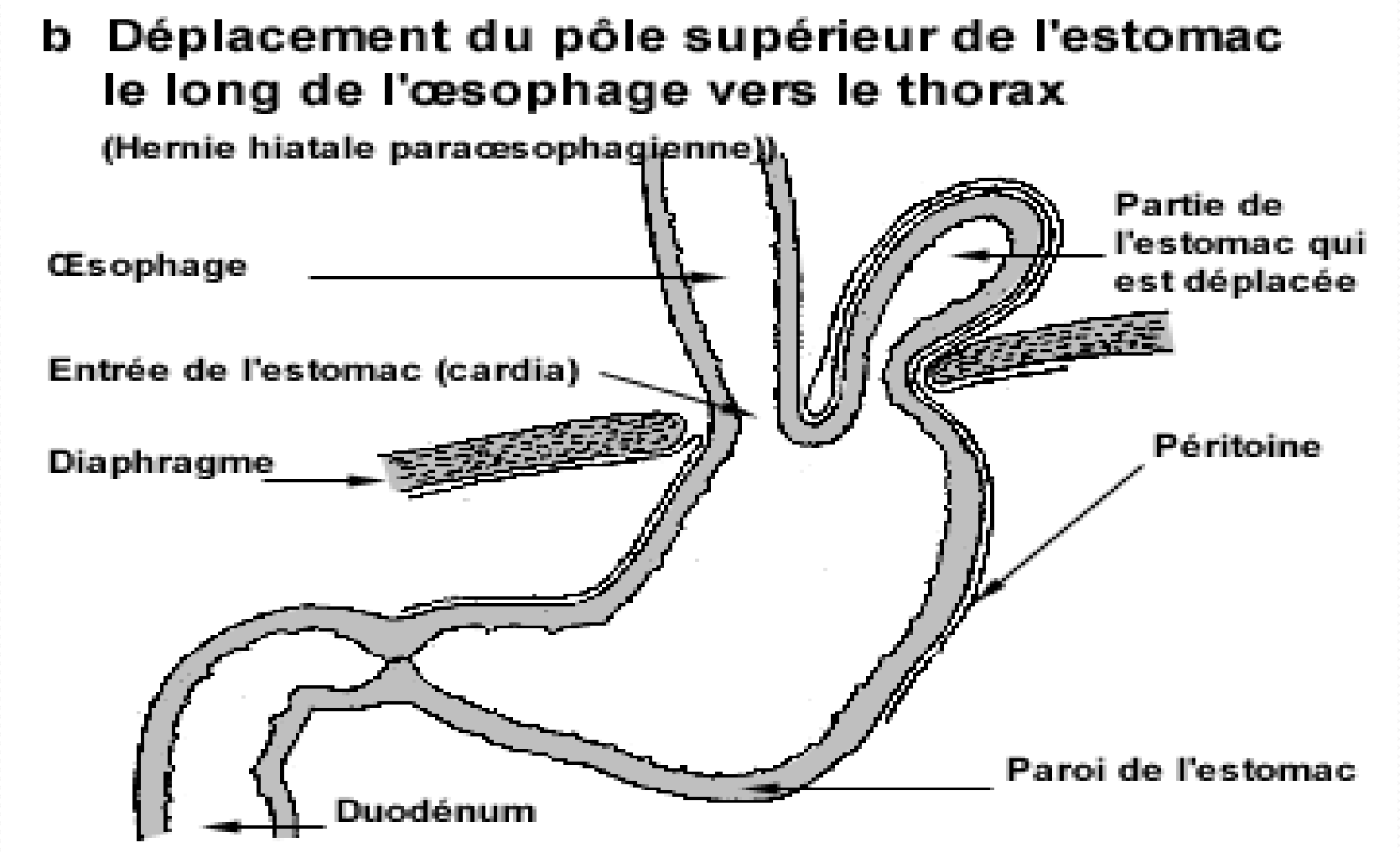
3- Hernie hiatale 2/2

- **La hernie hiatale par glissement**, où le cardia traverse le diaphragme ;
- **La hernie hiatale par roulement** où la grosse tubérosité de l'estomac traverse le diaphragme.

Hernie hiatale par glissement



Hernie hiatale par roulement



4-L'Hypersialorrhée

- C'est une salivation abondante

5. Douleur gastrique ou duodénale 1/3

Préciser ses caractéristiques

- Type: brûlure ou crampe
- Siège: épigastre
- Irradiation : absent
- Intensité: variable; Continue ou évolue par paroxysme
- Facteur déclant ou calmant-périodicité……

5. Douleur gastrique ou duodénale 2/3

➢ Etiologies Médicales

- Gastrites
- Ulcère gastrique ou duodénal
- Hépatites
- Pancréatites

5. Douleur gastrique ou duodénale 3/3

➢ Etiologies Chirurgicales

- Appendicite
- Péritonite
- Sténose du pylore
- Occlusion intestina

6. Dyspepsies

- impression de mauvaise digestion, d'inconfort, de pesanteur abdominale ressentie en période post prandiale

6- Dyspepsies 2/6

- **La régurgitation**: reflux d'aliments avant sa digestion complète, dans la bouche sans effort ou spasme;
- **Le pyrosis**: est une brûlure rétro sternale remontant depuis le creux de l'estomac vers le sternum avec régurgitation d'un liquide acide arrivant dans la bouche;

6- Dyspepsies 3/6

- **Les crampes** ou sensations de spasmes ;
- **Le hoquet**: c'est une brusque contraction du diaphragme ; un spasme au niveau du diaphragme.
- **L'éructation:** c'est l'émission bruyante par la bouche de gaz provenant de l'estomac.

6. Dyspepsies 4/6

- **L'aérophagie ou tachyphagie** : ingestion exagérée d'air au cours du repas.
- **La flatulence**: présence de gaz dans l'estomac avec sensation de ballonnement provoquant des renvois ou éructations

6- Dyspepsies 5/6

➢ **Causes digestives**

- **Gastrites-ulcères**
- **Hépatites**
- **Pancréatites**
- **Parasitoses**
- **Tumeurs de l'estomac**

6-Dyspepsies 6/6

➢Causes extra digestives

- Tuberculose
- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale
- Fibrome ou kyste ovarien chez la femme
- Tumeur cérébrale

7- Troubles de l'appétit 1/3

- **La polyphagie:** est l'exagération de l'appétit
- **La polydipsie**: exagération de la soif;
- **L'anorexie mentale** : se manifeste par une conduite de restriction alimentaire ;

7- Troubles de l'appétit 2/3

- **La boulimie**, qui se manifeste par une consommation rapide et répétée des aliments (avec plus ou moins des vomissements provoqués);
- **La potomanie** :besoin de boire en grande abondance de l'eau.

7- Troubles de l'appétit 3/3

- **L'inappétence**: diminution de l'appétit, voire même de dégoût;
- **L'anorexie** est perte de l'appétit;

8. Les troubles du transit 1/4

- La Diarrhée

- évacuation trop fréquente, de selles trop liquides et trop abondantes (plus de 300g/24h ou plus 3 selles /24H)

8.Les troubles du transit 2/4

- Constipation

- Retard à l'évacuation des selles au-delà de 2 à 3 jours au moins;
- Par rapport au nombre de défécation, est constipé le sujet ayant – de 3 selles par semaine;
- Par rapport à la qualité=émission de selles dures et sèches

8.Les troubles du transit 3/4

- Le **Fécalome**

est l'accumulation d'un volume important de matières fécales sèches (ou déshydratées) au niveau du rectum

- **La nausée:**

C'est une sensation de malaise due à l'envie de vomir

8.Les troubles du transit 4/4

- Le **Vomissement**

C’est le rejet actif par la bouche de tout ou partie du contenu de l’estomac.

II-Examen Clinique

- Inspection: langue-abdomen
- Palpation: douleur-contracture-gargouillement
- Percussion: Matité-tympanisme
- Auscultation: gargouillement
- TR: apprécier rectum - organes pelviens

III. Autres Symptômes 1/5

- Hémorragies digestives:

=perte de sang par voie digestive

- ✓ Hématémèse
- ✓ Rectorragie
- ✓ méléna

Causes: UGD- lésion abdominale aigue-rupture de varice oesophagienne

III. Autres Symptômes 2/5

- Ictère

coloration jaune des téguments des conjonctives des urines foncées

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

III. Autres Symptômes 3/5

- L'ascite

<u>Définition</u>

Présence de liquide dans la cavité périnéale entrainent une augmentation du volume abdominale qui parait distendu.

<u>Causes</u>

Cirrhose-Insuffisance cardiaque-Péricardite

III. Autres Symptômes 4/5

➢Les Hémorroïdes

Elles résultent d'une hypertrophie du système veineux qui entoure le canal anal

III. Autres Symptômes 5/5

➢ Colopathies Fonctionnelles

Ce sont les troubles du fonctionnement du colon sans lésion décelable.

✓Facteurs favorisants:

Hérédité; Alimentation; Dolichocôlon; Anxiété, soucis; Dysenterie amibienne; Séquelle de colite infectieuse ou médicamenteuse.

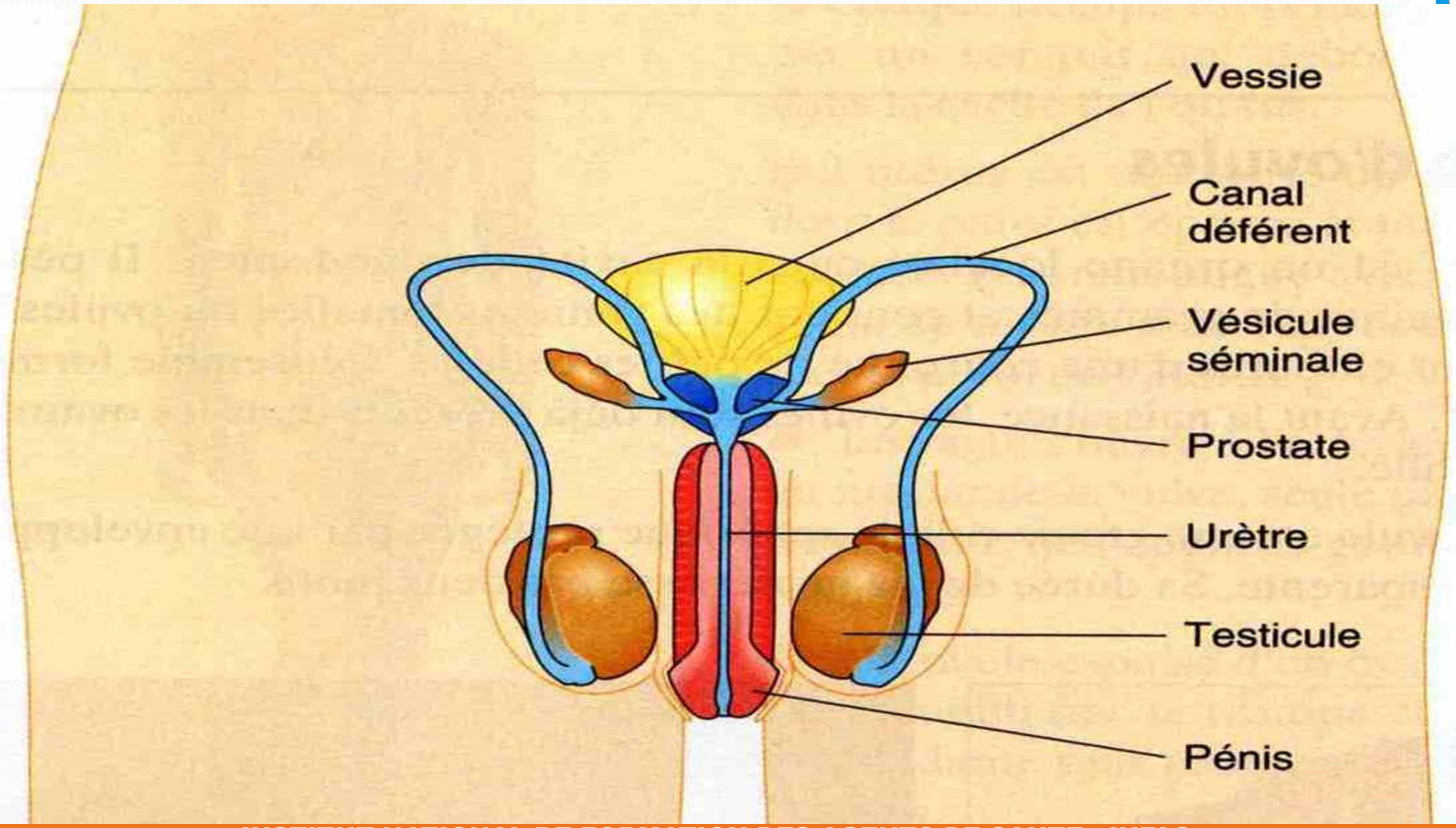
SEMIOLOGIE DE L'APPAREIL URINAIRE

Objectif général

L'étudiant de licence 1 sera capable de reconnaître les signes en rapport avec une pathologie cardiovasculaire.

Objectifs spécifiques

1) Définir en ses propres termes sans en altérer le sens les signes cliniques en pathologie urinaire et rénale;
2) Citez au moins quatre signes fonctionnels et quatre signes physiques en pathologie uro-néphrologique


Vessie
Canal déférent
Vésicule séminale
Prostate
Urètre
Testicule
Pénis

I- GENERALITES

1-1 Urologie

= spécialité médicale qui étudie les maladies des voies urinaires des deux sexes et l'appareil génito-urinaire masculin.

1-2 Néphrologie

= discipline médicale qui étudie le rein et ses pathologies.

Les maladies du rein se manifestent par 3 formes de signes:

1-3 Signes généraux non spécifiques

- Œdèmes
- Pâleur
- Hypertension artérielle
- Anorexie-
- Asthénie

1-4 Symptômes spécifiques à la sphère urinaires

- Hématurie
- Douleur localisée
- Troubles de la miction

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

1-5 Anomalies découvertes lors d'un examen sanguin ou urinaire de routine

- Hématurie microscopique
- Protéinurie
- Elévation de l'urée ou de la créatinine sanguine
- Hypokaliémie-Hypercalcémie

II- SIGNES FONCTIONNELS

2. 1 Douleurs rénales

- Colique néphrétique
- Pesanteur lombaire
- Douleur de reflux
- Douleur pelvienne

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

2- 2. Colique néphrétique

= douleur de distension aigue de la voie d'excrétion

Intense, paroxystique, d'apparition brutale

d'irradiation descendante et vers l'avant suivant le trajet de l'uretère, arrivant jusqu'au pli inguinal ou aux organes génitaux externe

2-3 Pesanteur lombaire

- Douleur moins intense, continue,
- Parfois isolée
- Unilatérale, exacerbée au palper profond de la fosse lombaire
- Associée à des signes urinaires.

2-4 Douleur du reflux

- Douleur traçante,
- Ascendante, vers la fosse lombaire
- Survenant juste avant ou pendant la miction

3- les autres types de douleurs

3-1 Cystalgies

- Siège: sus pubien, ou au niveau de l'urètre terminal,
- Douleurs permanentes, exacerbées en fin de miction

3-2 Douleurs testiculaires

- siège scrotal,
- profondes,
- très vives,
- irradiant vers l'aine et la fosse iliaque

3-3 Douleurs prostatiques

- profondes,
- ano-périnéales,
- exagérées par la position assise ou la défécation

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

3-4 Brulures mictionnelles

- Très douloureuses et désagréables
- Peuvent persister après la miction
- Accompagnées souvent de pollakiurie et de pyurie

4- Les anomalies de volumes des urines

4-1 Diurèse

= volume des urines émises en 24 heures. Son volume normal est de 1,5 litre

4-2 Polyurie

= diurèse supérieure à 3 litres/24 heures

4-3 Oligurie

= diurèse inférieure à 500 millilitres/24 heures

4-4 Anurie

= diurèse inférieure à 100 millilitres/24 heures

5- Les modifications d’intensité de la coloration

5-1 Hématurie 1/5

émission de sang dans les urines au cours de la miction

✓ **Selon son importance:**

- **Hématurie macroscopique**
- **Hématurie microscopique**

5-1 Hématurie 2/5

✓ **Selon la chronologie (épreuve des 3 verres):**

- **Hématurie initiale:** au début de la miction, alors, la lésion est urétrale ou prostatique

5-1 Hématurie 3/5

✓ **Selon la chronologie (épreuve des 3 verres):**

- **Hématurie terminale**: fin de la miction, alors l'atteinte est vésicale

5-1 Hématurie 4/5

✓ **Selon la chronologie (épreuve des 3 verres):**

- **Hématurie totale**: couvre toute la miction; dans ce cas la lésion est d'origine rénale

5-1 Hématurie 5/5

✓ **Selon les signes d'accompagnement,** on a:

- **Hématuries isolées**

- **Hématuries accompagnées:** douleur- émission de caillot de sang-troubles mictionnels-anémie - choc hémorragique.

5-2 Pyurie

- = présence de pus dans l'urine liée à une infection urinaire; l'urine est louche parfois rosée

5-3 Chylurie

- = présence de lymphe dans les urines, lui donnant un aspect laiteux, liée soit à une affection parasitaire, soit consécutive à une intervention chirurgicale

5-4 Pneumaturie

= émission de gaz pendant la miction, liée à une communication entre le tube digestif et la vessie ou iatrogène (lors d'une cystoscopie)

6- Anomalies de continence 1/5

L'incontinence urinaire = perte involontaire des urines par l'urètre. Ce sont

- **incontinence à l'effort**: brusque émission d'urine non accompagnée de besoin au cours d'un effort qui augmente la pression abdominale

6- Anomalies de continence 2/5

- **incontinence par impériosité** = émission d'urine en jet lors d'un besoin, soudain, non inhibable, malgré un effort de retenu.

6- Anomalies de continence 3/5

- **Miction reflexe** = miction complète non contrôlable à laquelle assiste impuissant, le sujet.
- **Enurésie** = miction incontrôlée qui survient au cours du sommeil

6- Anomalies de continence 4/5

Nycturie = Emission d'urine plus importante la nuit que le jour

6- Anomalies de continence 5/5

- **Incontinence complète** par section du sphincter entraîne une fuite goutte à goutte de l'urine.

7- Anomalies de la miction

7-1. Pollakiurie

= besoin trop fréquents des mictions

= augmentation de la fréquence des mictions sans augmentation de la diurèse.

Miction normale chez l'adulte: 3 à 6 par jour et 0 la nuit

7-2 Absence de besoin de miction

est la conséquence d'une atteinte neurologique

7-3. Dysurie

Difficulté d’évacuer la vessie.

traduit un obstacle vésicale, prostatique ou urétral.

7-3 Rétention vésicale.

impossibilité d'obtenir l'évacuation des urines.

Traduit la présence d'un obstacle complet sous la vessie

7-4 Polyurie

- augmentation de la fréquence des urine avec augmentation de la diurèse. (diurèse supérieure à 3 litres/24h)

7-5 Oligurie

- Baisse du volume urinaire en rapport avec une baisse de la production de l'urine (diurèse inférieure à 500 ml/24H)

8- Œdèmes 1/2

- une augmentation importante du liquide interstitiel apparent au niveau sous cutané. Elles peuvent être localisées ou généralisées.

8- Œdèmes 1/2

- Œdème idiopathique
- Œdèmes en relation avec un tratement
- Néphropathies glomérulaires
- Insuffisance rénale aigue

9.Myoglobinurie

Présence de myoglobine dans les urines

(myoglobine = protéine qui assure l'oxygénation des tissus musculaires)

II- SIGNES PHYSIQUES

- **Anomalies cutanées: œdèmes-pâleur-amaigrissement……**
- **Signes cardiovasculaires: TA-P-Souffles vasculaire……..**
- **Signes neuromusculaires: Amyotrophie-crampes-état de vigilance……**

- **Examen de la sphère urinaire**

✓ **Au Palpation abdominale**

✓ **niveau des organes génitaux**, apprécier

✓ **Examen des urines**

✓ **T.R.**

SEMIOLOGIE EN RHUMATOLOGIE

OBJECTIF GENERAL

L'étudiant de licence 1 sera capable de reconnaître les signes des pathologies en rhumatologie.

Objectifs spécifiques

1)Définir en ses propres termes sans en altérer le sens les signes cliniques en rhumatologie ;

2)Citez au moins quatre signes fonctionnels et quatre signes physiques en rhumatologieµ

I- GENERALITES

Rhumatologie=spécialité médicale qui diagnostique et traite, les pathologies de l'appareil locomoteur;

s'occupe des affections neurologiques comme la sciatique, d'une kyrielle d'affections inflammatoires et d'affections auto-immunes.

I- GENERALITES

peuvent se signaler par un prodrome fait de signes généraux :

- fièvre,-sueur–céphalée-asthénie-tachycardie,
- anémie

II- SIGNES FONCTIONNELS

1. La Douleur (siège-topographie-horaire-irradiation-intensité-évolution……)

2. La Raideur: limite les mouvements actifs et passifs

3. L'instabilité :traduit une lésion au niveau d'un tendon ou d'un ligament

4. La boiterie ou claudication:

III- SIGNES PHYSIQUES

3-1 Une attitude vicieuse

souvent liée à une position antalgique

3-2 Signes d'inflammation

- Tuméfaction ou gonflement
- Chaleur locale
- Rougeur

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

3-3 Modifications morphologiques 1/3

- flexum articulaire: raideur de l'articulation en flexion
- Cal vicieux
- hallux ou valgus : déviation d'un membre vers l'extérieur

3-3 Modifications morphologiques 2/3

- Ankylose: disparition complète des mouvements de l'articulation
- Nodosités rondes, souples, fermes ou indurées, douloureuses ou indolores, persistantes ou fugaces

3-3 Modifications morphologiques 2/3

- Amyotrophie: diminution du volume du muscle

- **Limitation des mouvements passifs et ou actifs**

CONCLUSION GENERALE

- pas exhaustif mais

- donne l'essentiel des signes cliniques pour permettre à l'étudiant de Licence I d'orienter un client.

- ces signes quand ils sont bien circonscrits contribuent à poser un diagnostic qui est du ressort du médecin.

- Toutefois, il est impératif pour l'infirmier et la sage-femme de se les approprier et de s'en familiariser parce qu'elle aide à reconnaitre des pathologies et orienter les clients.

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci