

ECC POUMON

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE :

- Anamnèse : identifier un problème pulmonaire, investiguer une douleur, une dyspnée et les symptômes associés.
- Examen physique :
 - Pratiquer l'examen pulmonaire en respectant la séquence « inspection – palpation – percussion – auscultation »
 - Savoir décrire les sibilances, les ronchi, les râles grossiers et fins ainsi que leur origine
 - Se rappeler de l'importance de l'auscultation cardiaque devant tout problème respiratoire

ANAMNÈSE D'UN PROBLÈME RESPIRATOIRE : JEU DE RÔLE (20') (VOIR SCÉNARIO EN ANNEXE)

Petit rappel...

Saluer le patient, se présenter, commencer avec une question ouverte....

Toux

- Caractérisation : sèche, productive
- Horaire (diurne, nocturne)
- Facteurs déclenchants (effort, froid...)

Expectorations

- Couleur des crachats
- Quantité (en nb de mouchoirs utilisés)
- Odeur (germes anaérobies lors d'abcès : odeur fétide)
- Hémoptisies

Douleur thoracique

- Localisation
- Reproductible à la palpation
- Variation avec la respiration
- Irradiation (possible vers l'épaule en cas d'atteinte de la plèvre diaphragmatique)
- Intensité (échelle de douleur 0-10)
- Durée, circonstances d'apparition
- Facteurs aggravants (toux, respiration)
- Facteurs soulageants (position, médicaments)

Dyspnée

Circonstances : au repos, à l'effort (quantifier l'effort et la dyspnée, stade NYHA et/ou MRC)

Stades NYHA

- *Stade I : Dyspnée lors des efforts intenses, sans limitation de l'activité quotidienne*
- *Stade II : Dyspnée lors d'efforts importants de la vie quotidienne*
- *Stade III : Dyspnée lors d'efforts modérés de la vie quotidienne avec importante limitation de l'activité physique*
- *Stade IV : Dyspnée au moindre effort (faire quelques pas) ou dyspnée au repos*

Echelle MRC (version modifiée, présente dans presque tous les scores pronostiques) :

- *Degré 1 : patient avec dyspnée lors d'un exercice intense.*
- *Degré 2 : dyspnée lors d'une marche rapide sur terrain plat ou en montant une pente légère.*
- *Degré 3 : marche plus lentement que les personnes de son âge sur terrain plat, ou doit s'arrêter pour respirer lorsqu'il marche à son propre rythme sur terrain plat.*
- *Degré 4 : doit s'arrêter pour respirer après une marche d'environ 90 mètres.*
- *Degré 5 : trop essoufflé(e) pour quitter la maison, ou dyspnée lors de l'habillement.*

- Dyspnée paroxystique nocturne, orthopnée
- Sifflements ou autres bruits associés
- Evolution dans le temps (dyspnée chronique ou aiguë, changement avec le temps, dyspnée fluctuante)

Signes généraux

- Asthénie, perte de poids
- Fièvre (le patient a-t-il pris sa température ?)
- Signes d'insuffisance cardiaque (oedèmes, nycturie...)
- Sudations nocturnes

Antécédents personnels et FRCV

Habitudes

- Tabac (actuel et passé, passif, UPA)
- Médicaments
- Activité physique
- Alcool

Anamnèse d'exposition

Si elle est pertinente au problème : exposition à des maladies infectieuses (personne qui tousse/crache/a de la fièvre), environnement professionnel (exposition à des vapeurs, fumées, poussières, animaux), exposition à des allergènes

Anamnèse familiale et socio-professionnelle

EXAMEN CLINIQUE (70') : A DÉMONTRER PAR LE MONITEUR ET À PRATIQUER PAR LES ÉTUDIANTS

INSPECTION

Patient couché :

- Aspect général : faciès, pâleur, transpiration, agitation
- Observation de la respiration :
 - Cycle respiratoire : rapport inspiration-expiration, expirium prolongé, pincement des lèvres
 - Détresse respiratoire : Utilisation des muscles accessoires, tirage sus-claviculaire et intercostal
- Fréquence respiratoire
- Cyanose centrale et périphérique
- Hippocratisme digital
- Respiration paradoxale (signe de paralysie diaphragmatique) : poser une main sur l'abdomen, l'autre sur le thorax et observer leur mouvement au cours du cycle respiratoire (les mains doivent bouger dans le même sens)

Patient assis :

- Forme du thorax: diamètre antéro-postérieur augmenté (en tonneau), anomalie anatomique (thorax en entonnoir ou pectus excavatum, thorax en carène ou pectus carinatum), problème orthopédique (cyphose dorsale accentuée, scoliose, cyphoscoliose)
- Asymétrie du thorax
- Cicatrices de thoracotomie ou de drain thoracique

PALPATION :

- Ampliation des mouvements thoraciques (vérifier la symétrie pendant une respiration profonde en s'aidant des mains)
- Si le patient mentionne une douleur, la faire localiser précisément avec la main et tenter de la reproduire par la palpation
- Transmission des vibrations vocales (faire dire « 33 » d'une voix grave et sentir les vibrations transmises sur les plages pulmonaires postérieures en appliquant le bord cubital de la main horizontalement), en comparant toujours la plage gauche et la plage droite, à trois différentes hauteurs successivement). NB : en anglais et en allemand, la transmission des vibrations vocales se nomme *fremitus*.

PERCUSSION :

- Limite inférieure des deux plages pulmonaires (percussion postérieure), comparer les deux côtés.
- Comparer la sonorité de la percussion de la plage gauche versus la plage droite à trois différentes hauteurs, symétriquement, ainsi que dans la région axillaire. Nous renonçons à percuter les plages pulmonaires antérieures (sauf pour délimiter le bord supérieur du foie, en position couchée, cf examen de l'abdomen).
- Son de la percussion :
 - sonorité pulmonaire normale
 - matité (semblable au son que l'on observe sur un organe plein comme par exemple sur les reins) ou sub-matité (son intermédiaire) : typiquement sur un épanchement pulmonaire, une consolidation du parenchyme pulmonaire ou une atélectasie.
 - tympanisme (sonore comme sur un tambour, comme on l'observe sur un estomac rempli d'air) : pneumothorax.

AUSCULTATION (À L'AIDE DE LA MEMBRANE) :

- Demander au patient de respirer la bouche ouverte.
- Auscultation aux points d'auscultation standard : postérieure à trois niveaux de hauteur, axillaire et antérieure (infra-claviculaire) à un niveau de hauteur, toujours en comparant symétriquement la gauche et la droite.
- Bruit normal de la respiration : murmure vésiculaire, aux bases pulmonaires. Plus on s'élève, plus le bruit de la respiration se rapproche du bruit trachéal ou glottique, tel qu'on peut l'entendre en posant le stéthoscope sur la trachée au-dessus de la fourchette sternale. Evaluer la symétrie et l'intensité du murmure vésiculaire.
- Transformation du murmure vésiculaire en souffle tubaire lors de consolidation du parenchyme (ex : *pneumonie*) : on entend alors le bruit trachéal qui est transmis jusqu'au foyer de consolidation à la place du murmure vésiculaire physiologique.
- Bruits pathologiques surajoutés (« bruits adventices »):
 - Sibilances : son musical de haute fréquence, syn. : sifflements, en anglais « wheezing » (ex : *asthme*)
 - Ronchis (son musical, basse fréquence, comme un ronflement), en anglais « rhonchi » (ex : *bronchite*)
 - Râles fins (semblables à des craquements, ressemble au « scratch » du velcro) syn. : crépitants, velcro, secs, parenchymateux, en anglais « fine crackles » (ex : *pneumonie, fibrose, insuffisance cardiaque*)
 - Râles grossiers (semblables à des bulles qu'on fait dans l'eau) syn. : bulleux, humides, bronchiques, en anglais « coarse crackles » (ex : *bronchite, insuffisance cardiaque au stade de l'œdème aigu du poumon*)

- Autres bruits anormaux :
 - Frottement pleural : c'est un craquement, audible durant tout le cycle respiratoire, provoqué par de l'inflammation dans la plèvre que l'on a comparé au crissement de chaussures neuves pur cuir.
 - Stridor : sifflement respiratoire audible sans stéthoscope provenant de la trachée ou du larynx.

Seuls les râles fins sont d'origine parenchymateuse, les râles grossiers, les sibilances et les ronchis proviennent de sécrétions dans les bronches.

Ne pas oublier l'examen du cœur ! *(ne fait pas partie de cet ECC, seulement à rappeler aux étudiants)*

Chez un patient avec un problème respiratoire, au minimum :

- Palpation du choc de pointe
- Auscultation cardiaque (5 foyers)
- Œdèmes des membres inférieurs
- Turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire

JEU DE RÔLE

(ne contient que les informations essentielles, pour les informations manquantes vous avez le droit d'improviser...)

Motif de consultation

Je viens vous voir car je tousse, et ce matin j'ai eu de la fièvre.

Anamnèse actuelle

Vous tousez depuis une dizaine de jours, d'abord la toux était sèche, puis est devenue grasse. Vous avez des crachats jaunes-verts depuis 3 jours (vous utilisez environ 1 paquet de mouchoirs).

Ce matin vous avez remarqué une fièvre à 39°. Vous avez pris votre température car vous avez eu des frissons la nuit passée.

Vous avez une douleur au niveau du thorax droit, seulement en toussant, depuis hier soir.

Vous êtes essoufflé au moindre effort, même en vous déplaçant à la maison. Vous n'êtes pas essoufflé au repos. Vous dormez à plat et vous ne vous réveillez pas la nuit (pas d'essoufflement, pas besoin d'aller uriner la nuit).

Antécédents personnels

Vous avez 65 ans.

Vous êtes connu pour une hypertension artérielle et un peu de cholestérol.

Vous n'avez jamais été hospitalisé.

Habitudes

Vous fumez environ 5 cigarettes par jour depuis une trentaine d'années.

Vous buvez un verre de vin de temps en temps.

Vous prenez des médicaments pour la tension et le cholestérol (vous ne vous souvenez pas du nom).

Vous faites de la marche à pied plusieurs fois par semaine et vous montez toujours les 3 étages à pied (sauf ces derniers jours, en raison de l'essoufflement).

Antécédents familiaux

Votre père était un gros fumeur et il avait des bronchites à répétition, il avait même besoin d'oxygène à la maison et il est décédé à 68 ans. Vous vous demandez si vous allez aussi finir comme ça...

Votre mère a été soignée pour un cancer du sein à 60 ans, mais elle est toujours en vie (elle a 90 ans).

Votre sœur a 70 ans et est en bonne santé.

Anamnèse sociale

Vous vivez avec votre mari/épouse qui est en bonne santé, sauf un épisode grippal (rhume et toux) il y a environ 2 semaines.

Vous avez 3 enfants qui vont bien.

Vous étiez enseignant(e) à l'école primaire, à la retraite.