

# Guide d'utilisation

La 8<sup>e</sup> édition française du *Guide de l'examen clinique* de Bates a pour objectif de vous donner les clés d'une approche pratique du double aspect d'une consultation clinique : la rencontre et l'interrogatoire du patient afin qu'il vous présente l'histoire de sa maladie et l'examen physique qui s'ensuit. Les outils mis à votre disposition permettent, au travers de ses trois parties centrées sur l'approche du patient, l'examen des différentes régions du corps et l'approche de populations de patients particulières, de perfectionner votre formation et de promouvoir une évaluation satisfaisante de la santé des patients.

**Dans chacun des chapitres,  
vous trouverez :**

## Des points essentiels à retenir

Portez une attention particulière à ces parties du texte présentées **en bleu**. Ces informations visent à vous donner des conseils pratiques pour conforter votre compréhension et votre maîtrise des méthodes d'évaluation des patients.

### Examen de la peau intégré à un examen physique général

Dans la mesure du possible, intégrez l'examen de la peau à votre examen physique de routine. Ceci vous donne une opportunité tout à fait unique de détecter des mélanomes et autres cancers de la peau, en particulier dans des zones qui ne sont pas facilement observables par le patient lui-même, comme le dos ou la partie postérieure des jambes. Cela vous permet par ailleurs de gagner du temps et permet utilement le dépistage précoce des cancers de la peau, à un moment où il est encore possible de les traiter. Intégrez cette stratégie très tôt lors de votre apprentissage, pour chacun des patients que vous examinez, que ce soit en consultation externe ou à l'hôpital. **Et plutôt que de noter ce qui n'est pas présent, focalisez-vous sur ce que vous détectez d'anormal.** C'est la meilleure façon d'apprendre à distinguer des lésions bénignes de lésions plus complexes et de potentiels cancers de la peau. Comme cela a déjà été mentionné, des maladies systémiques sont également à même de se traduire par des manifestations cutanées.

Voir Annexe 10-10 « Manifestations cutanées associées à des pathologies générales », pp. 327-328.

## Des exemples d'anomalies cliniques

Comme dans les éditions précédentes, le guide est présenté en deux colonnes qui permettent, dans la colonne principale (à gauche), de décrire la progression de l'examen clinique étape par étape, et, dans la marge à droite, d'illustrer les anomalies concernant les diagnostics cliniques correspondants. Au fur et à mesure de votre exercice en tant que clinicien, les anomalies cliniques que vous pourrez rencontrer lors de l'examen physique de vos patients pourront être confrontées aux exemples proposés dans le guide.

### EXEMPLES D'ANOMALIES

Si l'atteinte de la vision est associée à des céphalées, des douleurs de la mâchoire ou une claudication, elle peut être liée à une artérite à cellules géantes. Si une douleur est présente, il peut s'agir d'une occlusion vasculaire, d'un décollement de rétine ou d'une hémorragie.

Si la perte de vision est bilatérale et sans douleur, considérez une étiologie vasculaire, un AVC ou une cause non physiologique. Dans le cas où elle est douloureuse, évoquez une intoxication, un traumatisme, une cause chimique ou les effets d'irradiations.

Une perte de vision progressive intervient dans la cataracte, le glaucome ou peut être liée à une dégénérescence de la macula.

Une perte progressive de la vision centrale peut intervenir dans la cataracte nucléaire (opacification sélective du noyau du cristallin, voir p. 387) et la dégénérescence maculaire [7] (p. 377). Une atteinte de la vision périphérique peut intervenir en rapport avec le glaucome (p. 381) ou dans le cas d'une hémianopsie avec déficit quadratique (p. 384). Bien que le plus souvent bilatéraux, ces troubles peuvent être aussi asymétriques.

#### Encadré 16-1. Origine des bruits des valves et des souffles cardiaques selon le site thoracique

Localisation du site thoracique	Origine des bruits et des souffles
Entre le 2 <sup>nd</sup> espace intercostal droit et l'apex du cœur	Valvule aortique
2 <sup>nd</sup> et 3 <sup>e</sup> espaces intercostaux gauches, proches du sternum, mais aussi dans leur région supérieure ou inférieure	Valvule pulmonaire
Dans la zone ou proche de la zone de la limite inférieure gauche du sternum	Valvule tricuspide
À la pointe ou autour de l'apex cardiaque	Valvule mitrale

Comme cela est illustré sur la figure 16-14, ces zones se chevauchent. Corréler l'emplacement du site d'auscultation où le bruit ou le souffle est détecté avec la position dans le cycle cardiaque (systole ou diastole) constitue une étape importante pour l'identification correcte du bruit ou du souffle. Cette démarche conduit souvent à un diagnostic approprié au lit du malade lorsque ces données viennent s'ajouter à d'autres observations.

#### Système de conduction

Un système de conduction électrique stimule et coordonne les contractions du myocarde.

Dans les conditions normales, chaque excitation électrique naît dans le « nœud sinusal », un groupe de cellules cardiaques spécialisées situées dans l'oreillette droite, près de l'abouchement de la veine cave supérieure. Le nœud sinusal se comporte comme le *pacemaker* du cœur ; il décharge automatiquement 60 à 100 fois par minute. Cette excitation chemine dans les deux oreillettes jusqu'au « nœud auriculoventriculaire » (AV), un groupe de cellules spécialisées situées dans la partie basse de la cloison inter-auriculaire. Là, l'excitation est un peu ralentie avant de descendre dans le « faisceau de His » et ses branches, puis dans le myocarde ventriculaire. Le système de conduction est schématiquement représenté à la figure 16-15. L'électrocardiogramme (ECG) permet d'enregistrer ces événements. La contraction des muscles cardiaques lisses produit une activité électrique, qui se retrouve matérialisée par une série de déflexions de l'ECG. Vous verrez dans ce qui suit qu'avec quelques informations supplémentaires et surtout une longue pratique, vous pourrez interpréter ces enregistrements obtenus chez les patients.

\* Voir complément en fin d'ouvrage, p. 1173.

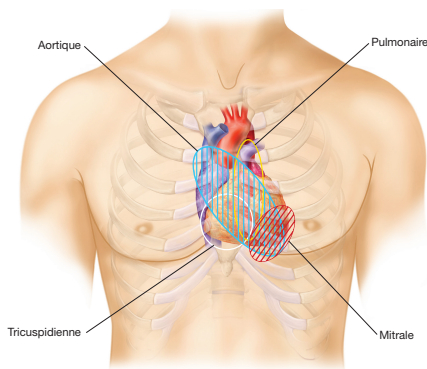


FIGURE 16-14. Zones précordiales de l'auscultation cardiaque.

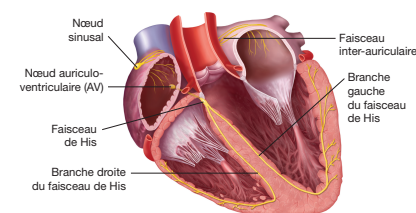


FIGURE 16-15. Système de conduction cardiaque.

## Une riche iconographie

L'ouvrage propose des photos en couleur, de nombreux schémas très didactiques et des diagrammes pour illustrer les points clés abordés dans le texte. Leur qualité exceptionnelle rend l'ouvrage encore plus agréable à consulter et permet de faciliter les apprentissages par leur exactitude et leur réalisme. Chaque figure, numérotée et appelée dans le texte, bénéficie d'une légende afin de faciliter sa compréhension.

#### Encadré 5-2. Exemple de formulation du cas clinique

1. Un homme de 57 ans est admis aux urgences avec comme motif principal une douleur thoracique qui dure depuis 2 heures.

La première étape pour synthétiser cette information et poser la problématique clinique est d'identifier les faits les plus saillants. La première façon de formuler le cas pourrait être : « Homme de 57 ans souffrant d'une douleur aiguë dans la poitrine ».

2. Il déclare qu'il était en train de pelleter la neige à la sortie de son garage lorsqu'il a ressenti une douleur plutôt modérée au centre de sa poitrine, à droite derrière le sternum. La douleur a duré environ 1 à 2 minutes et ne s'est pas déplacée à d'autres parties de son corps. Il déclare que la douleur s'est accompagnée d'un retentissement sur la respiration, qui est devenue plus courte. Il a fumé un paquet de cigarettes par jour au cours de ces 35 dernières années et a un historique d'insuffisance cardiaque congestive.

À la lumière de ces informations, vous êtes en mesure de modifier la présentation du tableau clinique, prenant en compte l'ensemble des éléments dont vous disposez, y compris vos observations suite à un examen physique du patient. La formulation du cas, enrichie des données nouvelles évolue de la façon suivante : « Homme de 57 ans souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive et avec un historique de fumeur de 35 paquets-années, présentant une douleur rétrosternale aiguë, sévère, liée à l'exercice et associée à une respiration courte ».

3. L'examen physique du système cardiovasculaire révèle un B3, un rythme galopant, qui est nouveau, un examen thoracique révélant des craquements à la base des deux poumons, ainsi que des œdèmes dans les deux membres inférieurs.

La formulation finale, suite à ces observations, peut-être la suivante : « Homme de 57 ans souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive et avec un historique de fumeur de 35 paquets-années, présentant une douleur rétrosternale aiguë, sévère, liée à l'exercice et associée à une respiration courte. L'examen physique révèle la présence nouvelle d'un B3, d'un rythme galopant, de craquements à la base des deux poumons et d'un œdème des membres inférieurs bilatéral ».

## Des textes encadrés numérotés

Les commentaires de ces textes encadrés apportent des informations complémentaires. Leur repérage est maintenant facilité par leur référencement dans le texte, rendant leur utilisation plus pratique.

## Les techniques d'examen

Cette section de l'ouvrage est absolument cruciale pour vous permettre d'acquérir les techniques de l'examen clinique telles que vous aurez à les pratiquer quotidiennement.

Elle est enrichie de la présentation de techniques additionnelles (« Techniques spéciales ») en rapport avec des examens moins fréquents, permettant des investigations cliniques plus ciblées.

### TECHNIQUES D'EXAMEN

#### Principales étapes d'un examen clinique des différentes composantes du système vasculaire périphérique

##### Bras

- Inspectez les extrémités des bras (dimension, symétrie, gonflements, schéma veineux, coloration)
- Palpez les extrémités des bras à la recherche des pouls radial, brachial, épitrochléen et des ganglions lymphatiques

##### Abdomen

- Palpez les ganglions lymphatiques inguinaux (dimension, consistance, discrétion, sensibilité potentielle)
- Inspectez et palpez l'abdomen (largeur de l'aorte, pouls aortique)
- Auscultez l'abdomen (recherche de bruits aortiques, rénaux ou fémoraux)

##### Jambes

- Inspectez les extrémités des jambes (dimension, symétrie, gonflements, schéma veineux, coloration de la peau, température, ulcères potentiels, zones glabres)
- Palpez les extrémités (pouls fémoral, pouls poplité, pouls de l'artère pédieuse postérieure, pouls du tibia postérieur, température, gonflements, œdèmes)

De plus, revoyez les techniques d'évaluation de la pression artérielle, de l'artère carotide, de l'aorte et des artères rénales et fémorales aux pages indiquées ci-dessous :

- mesurez la pression artérielle de chacun des deux bras (voir Chapitre 8 « Examen général, constantes vitales et douleur », p. 579).
- palpez le pouls carotidien, auscultez les bruits carotidiens (voir Chapitre 16 « Cœur et vaisseaux : système cardiovasculaire », p. 511).
- palpez l'aorte et estimez son diamètre maximal (voir Chapitre 19 « Abdomen : système digestif et urinaire », p. 645).

Palpez les os carpiens au-dessous de l'articulation du poignet, puis les cinq métacarpiens et les différentes phalanges, proximales, moyennes et distales (Fig. 23-36). Palpez toute autre zone suspecte d'anomalie. Les mouvements doivent être absents ou très limités.

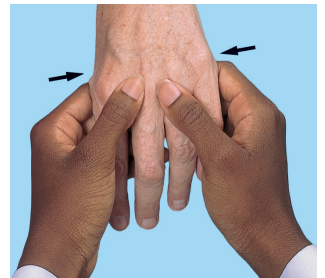


FIGURE 23-36 Palpation de l'articulation métacarpienne proximale de la main gauche.

Comprimez les articulations interphalangiennes proximales en serrant la main par ses bords, entre le pouce et les doigts. Vous pouvez également vous servir de votre pouce pour palper chaque articulation interphalangienne proximale, juste au-dessous et de chaque côté de la jointure, tandis que votre index perçoit la tête du métacarpien dans la paume. Notez tout gonflement, œdème ou douleur.

À présent, examinez les doigts et le pouce. Palpez les faces médiale et latérale de chaque articulation interphalangienne proximale entre votre pouce et votre index, en recherchant à nouveau un gonflement, un œdème, une augmentation du volume des os ou une douleur. Utilisez la même technique pour examiner les articulations distales (Fig. 23-37).



FIGURE 23-37. Palpation des articulations interphalangiennes distales.

## Les éléments clés de chaque examen régional

La présentation des techniques d'examen clinique est précédée d'une liste des principales étapes de l'examen clinique, qui pourra vous servir d'aide-mémoire et de guide afin de ne pas oublier une étape majeure lors de l'examen du patient.

## Une rubrique « Consigner vos observations »

Construire un dossier médical organisé est basé sur le recueil des informations les plus importantes de votre examen clinique et doit permettre de présenter votre raisonnement clinique et votre proposition de prise en charge du patient.

Il est essentiel que vous appreniez à utiliser le vocabulaire et la terminologie consacrée comme cela vous est présenté dans les nombreux exemples donnés.

### CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

**Tête** : le crâne a une forme normale ; pas de lésions traumatiques. Les cheveux ont une texture normale. **Yeux** : acuité visuelle : 10/10 des deux côtés. Sclérotiques blanches, conjonctives rosées. Pupilles passant de 4 à 2 mm, rondes, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Cristallin à bords nets ; pas d'hémorragie ni d'exsudat, pas de rétrécissement artériolaire. **Oreilles** : bonne acuité auditive au test de la voix chuchotée. Conduits auditifs externes intacts bilatéralement. Tympan intacts et mobiles, bien visibles. Épreuve de Weber au diapason 512 Hz normale. Test de Rinne : CA > CO bilatéralement. **Nez** : muqueuse nasale rosée, septum médian. Pas de douleur provoquée des sinus. **Gorge (ou bouche)** : muqueuse buccale rosée, dentition en bon état, pas d'exsudat pharyngé, langue bien positionnée, amygdales absentes bilatéralement, pharynx ne présentant ni exsudat, ni érythème.

**Cou** : trachée médiane. Cou souple ; isthme de la thyroïde palpable ; lobes non perçus.

**Ganglions lymphatiques** : absence d'adénopathie cervicale, axillaire, épitrochléenne ou inguinale.

#### OU

**Tête** : le crâne a une forme normale, pas de lésions traumatiques. Calvitie frontale. **Yeux** : acuité visuelle : 2/10 des deux côtés. Sclérotiques blanches, conjonctives injectées. Pupilles passant de 3 à 2 mm, rondes, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Cristallin à bords nets. Pas d'hémorragie ni d'exsudat. Rapport artérioveineux : 2/4. Pas de signe du croisement. **Oreilles** : diminution de l'acuité auditive au test de la voix chuchotée ; voix haute : RAS. Conduits auditifs externes et tympan nets, bilatéralement. **Nez** : muqueuse œdématisée et érythémateuse, sécrétions séreuses. Septum médian. Sensibilité des sinus maxillaires. **Gorge et bouche** : muqueuse buccale rosée, caries des molaires inférieures, langue bien positionnée, pharynx érythémateux, amygdales gonflées bilatéralement, absence d'exsudat.

**Cou** : trachée médiane. Cou souple ; isthme thyroïdien sur la ligne médiane, lobes palpables mais non hypertrophiés.

**Ganglions lymphatiques** : ganglions sous-maxillaires et cervicaux antérieurs sensibles, de 1 × 1 cm, d'aspect caoutchouteux, mobiles ; absence d'adénopathie lymphatique cervicale postérieure, épitrochléenne, axillaire ou inguinale.

### PROMOTION DE LA SANTÉ : MESURES DE PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

#### Principaux thèmes des campagnes de prévention

- Cancer du col de l'utérus
- Ménopause et traitement hormonal substitutif (THS)
- Cancer de l'ovaire

#### Cancer du col de l'utérus

**Épidémiologie.** À l'échelon de la planète, le cancer du col de l'utérus est le 4<sup>e</sup> cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la 4<sup>e</sup> cause de décès par cancer [23]. Toutefois, l'incidence et la mortalité sont moindres dans les pays développés. S'agissant des États-Unis, les cancers du col ne font plus partie des dix premiers types de cancers diagnostiqués, ni des dix premières causes de décès par cancer [24]. Le risque tout au long de la vie d'une femme américaine de se voir diagnostiquer un cancer du col de l'utérus est de 1 sur 160, et le risque d'en décéder de 1 sur 400. Le papillomavirus humain (HPV pour *Human Papillomavirus*), en particulier ses types HPV-16 et HPV-18, est présent virtuellement dans tous les cancers du col. Le HPV est transmis sexuellement. Avoir plusieurs partenaires et débuter tôt sa vie sexuelle sont deux facteurs de risque majeurs de développer ce type de cancer [25]. Un autre facteur de risque important est de ne pas procéder au dépistage par frottis cervical de Papanicolaou, de se trouver en état d'immunosuppression, d'être concernée par une contraception orale au long cours, d'être sujette à une co-infection avec *Chlamydia trachomatis*, d'avoir des antécédents de cancer du col ou des lésions précancéreuses de haut grade, d'être sujette au tabagisme ou d'avoir reçu des administrations de diéthylstilbestrol (Distilbène®) *in utero*, ainsi que d'avoir eu plus de trois grossesses menées à terme.

**Prévention du cancer du col et dépistage.** La vaccination contre le HPV offre la possibilité de prévenir les cancers du col et les stades de précancers. Aux États-Unis, l'*Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) a recommandé la vaccination des femmes depuis 2006 et celle des hommes depuis 2011 [26]. Dans ce pays, le seul vaccin disponible est le vaccin à 9-valences (Gardasil-9®), qui cible les infections à HPV à l'origine des cancers du col, de la vulve, du vagin, de l'anus et des cancers oropharyngiens, ainsi que les verrues anogénitales.

## Une section « Promotion de la santé : mesures de prévention et dépistage »

Ces conseils en termes de promotion de la santé, de prévention (dont les vaccinations) ou de dépistage des pathologies sont regroupés à la fin des chapitres concernés pour plus de clarté.

Les actualisations sur ces recommandations font l'objet de textes « encadrés » facilitant l'accès à leur contenu.

ANNEXE 10-3 Lésions bénignes : diversité des signes

C'est par la pratique que vous deviendrez expert... Les illustrations ci-dessous représentent des lésions communes, que vous serez à même d'observer chez les patients. Procédez à un examen de peau sur autant de patients que vous pourrez. Et si vous avez un doute pour identifier une lésion, n'hésitez pas à vous référer à vos tuteurs pour trouver de l'aide.

Angiome tubéreux



Kératose séborrhéique



Lentigo (taches de vieillesse)



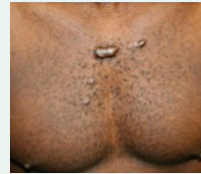
Nævi mélanocytaires bénins



Dermatofibrome



Cicatrice chéloïde



## De nombreuses références

Prenez l'habitude de consulter ces références bibliographiques pour approfondir vos connaissances. Utiliser la littérature médicale pour vous maintenir informé des avancées des connaissances vous servira tout au long de votre carrière, au bénéfice de vos patients.

### RÉFÉRENCES

- Mitchell RN. Chapter 11: Blood vessels. In: Kumar VK, Abbas AK, Aster JC, eds. In: *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2015.
- Libby P. Mechanisms of disease: mechanisms of acute coronary syndromes and their implications for therapy. *N Engl J Med*. 2013;368(21):2004-2013.
- Libby P. Chapter 291e: The pathogenesis, prevention, and treatment of atherosclerosis. In: Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, et al., eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2015.
- Kenziluh DJ, Hansson GK. Modulation of autoimmunity and atherosclerosis-common targets and promising translational approaches against disease. *Circ J*. 2015;79(5):924-933.
- Levick JR, Michel CC. Microvascular fluid exchange and the revised Starling principle. *Cardiovasc Res*. 2010;87(2):198-210.
- Woodcock TE, Woodcock TM. Revised Starling equation and the glycovalyx model of transvascular fluid exchange: an improved paradigm for prescribing intravenous fluid therapy. *Br J Anaesth*. 2012;108(3):384-394.
- Reed RK, Rubin K. Transcapillary exchange: role and importance of the interstitial fluid pressure and the extracellular matrix. *Cardiovasc Res*. 2010;87(2):211-217.
- Brannwald E, Loscalzo J. Chapter 50: Edema. In: Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, et al., eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2015.
- Grada AA, Phillips TJ. Lymphedema: diagnostic workup and management. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(6):995-1006.
- Lin JS, Olson CM, Johnson ES, et al. The ankle-brachial index for peripheral artery disease screening and cardiovascular disease prediction among asymptomatic adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013;159(5):333-341.
- Rooke TW, Hirsch AT, Misra S, et al; American College of Cardiology Foundation Task Force; American Heart Association Task Force. Management of patients with peripheral artery disease (compilation of 2005 and 2011 ACCF/AHA Guideline Recommendations): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(14):1555-1570.
- Goodacre S, Sutton AJ, Sampson FC. Meta-analysis: The value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. *Ann Intern Med*. 2005;143(2):129-139.
- Kucher N. Clinical practice. Deep-vein thrombosis of the upper extremities. *N Engl J Med*. 2011;364(9):861-869.
- McGee S. Chapter 52: Peripheral vascular disease; Chapter 54: Edema and deep vein thrombosis. *Evidence-based Physical Diagnosis*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2012: pp. 459-465, 470-476.
- Shen JH, Chen HL, Chen JR, et al. Comparison of the Wells score with the revised Geneva score for assessing suspected pulmonary embolism: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Thrombolysis*. 2016;41(3):482-492.
- Decousus H, Frappé P, Accassat S, et al. Epidemiology, diagnosis, treatment and management of superficial-vein thrombosis of the legs. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2012; 25(3):275-284.
- Spandorfer J, Galanis T. In the clinic. Deep vein thrombosis. *Ann Intern Med*. 2015;162(9):ITC1.
- Klein S, Hage JJ. Measurement, calculation, and normal range of the ankle-arm index: a bibliometric analysis and recommendation for standardization. *Ann Vasc Surg*. 2006;20(2): 282-292.
- Measuring and Understanding the Ankle Brachial Index (ABI). Stanford Medicine 25. Available at <http://stanfordmedicine25.stanford.edu/the25/ankle.html>. Accessed April 25, 2018.
- Barbeau GR, Arsenault F, Dugas L, et al. Evaluation of the ulnopalmar arterial arches with pulse oximetry and plethysmography: comparison with the Allen's test in 1010 patients. *Am Heart J*. 2004;147(3):489-493.
- Fowkes FG, Aboyans V, Fowkes FJ, et al. Peripheral artery disease: epidemiology and global perspectives. *Nat Rev Cardiol*. 2017;14(3):156-170.
- Kalbaugh CA, Kucharska-Newton A, Wruck L, et al. Peripheral artery disease prevalence and incidence estimated from both outpatient and inpatient settings among medicare fee-for-service beneficiaries in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(5):e003796.

## Des annexes

Pour approfondir vos connaissances cliniques, vous trouverez en fin de chapitre des annexes comprenant de très nombreuses photos et illustrations, permettant une discrimination entre signes cliniques parfois discrets, qui doit faciliter un diagnostic différentiel par rapport à vos propres observations.