

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Université Amar Telidji

Faculté de Médecine de Laghouat

Cours de sémiologie

Sémiologie pondérale

Docteur BENMEDIOUNI Farouk

✉ : fbenmediouni@yahoo.fr

La sémiologie pondérale

I- Généralités

Le corps comprend 4 secteurs principaux :

- Le tissu de soutien : os et tissu conjonctif
- Le liquide extra cellulaire : sang et l'espace inter cellulaire
- La masse active : muscles, parenchymes et cellules
- Le tissu adipeux

Ces secteurs sont entre eux en proportion définies, les variations portant sur chacun d'eux peuvent modifier le poids corporel.

Pour bien comprendre et analyser la sémiologie pondérale on doit analyser l'état d'hydratation et l'état nutritionnel.

II- Etat d'hydratation :

L'état d'hydratation s'estime sur des paramètres cliniques simples argumentés par le contexte clinique et la biologie (ionogramme sanguin et urinaire).

Deux grands axes : hyperhydratation et déshydratation

A- Hyperhydratation : les œdèmes

a- Définition :

Ils réalisent une infiltration sous-cutanée en rapport avec une rétention hydrique. Leur existence doit être soupçonnée devant toute prise de poids quotidienne égale ou supérieure à 500g.

b- L'Etude sémiologique : elle permet de reconnaître les œdèmes :

- Leur **siège** :
 - **Localisés** : régions **déclives** : chez le sujet debout : **région malléolaire** (chevilles) et jambes (**le long de la face interne du tibia**) ; le malade couché : région lombaire et face interne des cuisses. Soit aux régions où le tissu cellulaire est le plus lâche : paupières, dos des mains ;
 - **Généralisés** : à tout le tissu cellulaire sous-cutané.
Bilatéraux et symétriques.

Ils peuvent être associés à des épanchements des séreuses (pleural : **hydrothorax**, **péritonéal** : ascite), cet ensemble réalise un tableau d'**anasarque**.

- Leur **aspect** : les œdèmes se traduisent par :
 - A l'inspection : une augmentation de volume de la région œdématiée, la peau est lisse et luisante.

- A la palpation : le signe du godet : la pression du doigt laisse une empreinte

L'aspect des œdèmes va varier en fonction de leur cause :

- Les œdèmes de type **rénal ou hépatique** sont **blancs, mous, indolores, gardant bien le godet.**
- Les œdèmes de causes **cardiaques** sont roses ou **rouges violacés, douloureux, fermes, gardant mal le godet.**

Leur aspect varie aussi selon l'ancienneté :

- Récents : ils sont mous prenant bien le godet
- Anciens : ils sont fermes et douloureux

c- Les causes des œdèmes

- Rénale (syndrome néphrotique et glomérulonéphrite aiguë).
- Hépatique (cirrhose).
- Cardiaque (insuffisance cardiaque globale ou droite)
- Cas particuliers : *Le myxœdème*

Il réalise une infiltration particulière des téguments de type mucoïde, caractéristiques de l'insuffisance thyroïdienne primaire.

Tableau 1 : comparaison entre hyperhydratation intracellulaire (HIC) et hyperhydratation extracellulaire (HEC)

HEC	HIC
<p>Prise de poids</p> <p>Syndrome œdémateux</p> <p>Hypernatrémie : natrémie élevée</p>	<p>Symptomatique : si installation rapide</p> <p>Ou profonde de l'hyponatrémie</p> <p>Œdème cellulaire notamment cérébral :</p> <p>Dégout d'eau, nausées, vomissements et céphalées</p> <p>HTA (inconstante)</p> <p>Crise convulsive</p> <p>Confusion voire coma</p>

B- Déshydratation :

a- La déshydratation extracellulaire

1- **Définition** : Perte d'eau et de sodium, elle s'accompagne d'une **hypovolémie**.

2- Etude clinique :

- La peau perd son élasticité normale d'où :
Le pli **cutané** : ce signe se recherche au niveau de la **face interne des cuisses ou au niveau de l'abdomen chez le sujet âgé et le dénutri car ils ont une peau atrophique (au risque de les surestimer)** mais d'une façon générale on le cherche au niveau de la région présternale (peau en regard du sternum) et dans la région sus claviculaire.
- Hypotonie des globes oculaires enfoncés : les yeux sont cernés.
- Hypotension artérielle et tachycardie.
- Oligurie.
- Perte de poids.

3- Les causes :

- Par fuite rénale : insuffisance rénale chronique.
- Par pertes digestives, vomissements et ou diarrhée.

b- La déshydratation intracellulaire

1- Rarement isolée ; le plus souvent associée à une déshydratation extracellulaire.

2- Etude clinique :

- **Soif** intense.
- **Sécheresse des muqueuses** qui se recherche au niveau de la muqueuse jugale.
- Polypnée, **fièvre**.
- **Troubles de la conscience**.
- Perte de poids importante.

c- **La déshydratation globale** : Déshydratation extracellulaire et intracellulaire. Elle se voit en cas de pertes digestives importantes.

Tableau 2 : comparaison entre DEC / DIC

DEC	DIC
Perte de poids récente : très bon marqueur	Perte de poids
Hypotension orthostatique et Vertiges posturaux : avec accélération de la fréquence cardiaque (FC) > 30 : signes précoces	Soif
Pli cutané	Fièvre (d'origine hypothalamique)
	Sècheresse des muqueuses buccales

Aplatissement des veines superficielles	Asthénie, somnolence ou irritabilité
Oligurie	Confusion voire coma
Hypotonie des globes oculaires	Crises comitiales
Sècheresse des aisselles	Hypernatrémie
Hypotension artérielle voire choc hypovolémique	
Normo natrémie parfois hyponatrémie	

D'une façon globale pour apprécier l'état d'hydratation, il faut un examen clinique minutieux incluant :

Anamnèse :

Rechercher une sensation de soif ou un dégoût d'eau, céphalées, nausées ou une asthénie.

Rechercher une cause évidente de déshydratation : diarrhée, vomissement, polyurie et hypersudation ...etc.

Signes physiques :

Constantes : poids et variation récente (excellent marqueur permettant d'estimer la perte et l'excès d'eau), PA, FC, recherche d'hypotension orthostatique, diurèse, température.

Inspection :

- 1- **Signes de chocs**
- 2- **Remplissages des veines superficielles**
- 3- **Œdèmes**
- 4- **Humidité des muqueuses de la bouche**

Palpation :

- 1- **Pli cutané**
- 2- **Pression des globes oculaires**
- 3- **Humidité des aisselles**

Examen neurologique : à la recherche de syndrome confusionnel.

Le deuxième volet permettant d'étudier la sémiologie pondérale est l'étude de l'état nutritionnel.

III- Etat nutritionnel :

A- Le poids normal

Le poids normal (idéal) est déterminé par rapport à la taille, et également en fonction de l'âge.

Chez l'adulte :

Il peut être déterminé de plusieurs manières :

- A partir des tables de poids idéal
- A partir de la formule de Lorentz : poids en kg = (taille en cm - 100) - [(taille - 150) / 4(H) ou 2(F)]
- Ou approximativement il correspond au nombre de cm au dessus du m.
- Ou à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC) = au poids en kg / (la taille en m)²

B- Les excès de poids : obésité

a- Définition : Un excès de poids supérieur à 20% par rapport au poids normal, excès développé aux dépens de sa masse grasse. Ce qui exclut de ce cadre les excès hydriques. Ou un indice des masses corporelles (IMC) supérieur à 30%. On en distingue plusieurs grades :

Grade I ou modérée : $30 < \text{IMC} < 35$

Grade II ou sévère : $35 < \text{IMC} < 40$

Grade III, morbide ou massive : $\text{IMC} > 40$

N.B. : On parle de surpoids quand l'IMC se situe entre 25 et 30

b- Etude sémiologique

1- L'interrogatoire va chercher :

a) Les modalités de la prise de poids : l'âge de début...etc.

b) Les circonstances déclenchantes :

- Choc émotionnel, affectif (puberté, contraception, ménopause, grossesse)
- Réduction de l'activité physique
- Sevrage de tabac
- Traitement par les dérivés cortisonés, les antidépresseurs, les neuroleptiques

c) Le comportement alimentaire :

- Les troubles quantitatifs : la polyphagie

- Les troubles qualitatifs

- La compulsion alimentaire
- Le grignotage
- La boulimie

d) Les dépenses énergétiques

e) L'enquête psychologique

f) Les antécédents familiaux : 8 fois sur 10 on retrouve une obésité chez l'un des parents.

2- L'examen clinique : il se fixe 4 objectifs.

- Apprécier le **degré de la surcharge pondérale**. On distingue :
 - L'excès de poids IMC entre 25 et 30 kg/m²
 - Obésité IMC entre 30 et 35 kg/m²
 - Obésité morbide supérieur à 35 kg/m²
- Le **type d'obésité** :
 - Obésité androïde : prédominante à la partie supérieure du corps et à la paroi abdominale ;
 - Obésité gynoïde : intéressant surtout la ceinture pelvienne (bassin, hanches) et les membres inférieurs ;
 - Obésité mixte : qui est une obésité globale ;
 - Obésité cushingoïde : qui est une obésité facio-tronculaire +/- Bosse de bison ou Buffalo neck +/- adipomastie (fausse gynécomastie)
- Les **signes accompagnateurs** :
 - Les vergetures : stries plus ou moins longues et plus ou moins larges, blanchâtres ou rougeâtres siégeant au niveau de l'abdomen, des cuisses, des seins. Elles correspondent à la rupture des fibres élastiques du derme. Elles se voient dans les obésités de constitution rapide et sont particulièrement nombreuses dans l'obésité cushingoïde.
 - La cellulite : qui est un épaissement de la peau qui prend l'aspect de peau d'orange ; elle siège essentiellement au niveau des hanches et des cuisses.
- Dépister **les complications** :
 - Mécaniques : arthrose des hanches et des genoux.
 - Respiratoires : insuffisance respiratoire chronique pouvant réaliser un syndrome de Pickwick
 - Métaboliques : diabète, athérosclérose, goutte, hyperlipidémie.

c- Les causes de l'obésité :

- Constitutionnelle.

- Psychogène.

- Endocriniennes : syndrome de Cushing

- Neurologiques : lésion d'encéphalique

C- Les déficits pondéraux : l'amaigrissement

a- Définition :

C'est une perte de poids en rapport avec la diminution de la masse grasse active. Il doit être différencié de la maigreur qui est une insuffisance pondérale non pathologique.

Ou un indice de masse corporelle $< 18,5$. On en distingue plusieurs grades :

Grade I : $17 < \text{IMC} < 18,5$

Grade II : $16 < \text{IMC} < 17$

Grade III : $13 < \text{IMC} < 16$

Grade IV : $10 < \text{IMC} < 13$

Grade V : < 10

N.B. : on parle de dénutrition chez le sujet âgé pour un $\text{IMC} < 23$:

Dénutrition légère : $21 < \text{IMC} < 23$

Dénutrition modérée : $19 < \text{IMC} < 21$

Dénutrition sévère : $\text{IMC} < 19$

Une perte de poids $> 10\%$ en 06 MOIS ou $> 5\%$ en 01 MOIS est de mauvais pronostic.

b- Etude sémiologique : l'interrogatoire et l'examen clinique.

1- L'interrogatoire :

- La rapidité et l'importance de la perte de poids
- Un symptôme associé important la notion d'anorexie ou inappétence
- D'autres signes associés : troubles digestifs : nausée, vomissement, diarrhée, une asthénie, l'état des masses musculaires.

2- L'examen physique :

• Inspection des téguments :

- Peau : sèche, fine, pigmentée, fragile avec purpura pétéchial, escarre.
- Phanères : ongles fragiles, striés, déformés (koïlonychie) ; cheveux cassants, ternes, alopecie ; disparition de la queue des sourcils.
- Muqueuse : langue décapillée, perlèche et infections buccales.

• Mensuration :

L'épaisseur du pli cutané (brachial et tricipital) estime les réserves de graisse. Alors que la circonférence brachiale ou de la cuisse estime celles des protéines (musculaire).

c- Les causes des amaigrissements

- Amaigrissement avec anorexie :
 - Origine psychologique : dépression nerveuse.
 - Origine digestive : ulcère.
 - Maladies générales : cancer, tuberculose.

- Amaigrissement avec conservation de l'appétit :
 - Par augmentation des dépenses énergétiques : hyperthyroïdie, médicaments : extraits thyroïdiens, amphétamines.
 - Par pertes digestives : diarrhée chronique.
 - Diabète sucré Type I