

LES SYNDROMES ET MALADIES

I/ LES SYNDROMES PLEURAUX :

A - Le syndrome d'épanchement pleural liquidien ou pleurésie :

1 - Syndrome d'épanchement pleural liquidien de moyenne abondance :

☞ inspection :

- dyspnée
- distension hémithoracique (inconstante), avec :
- élargissement des espaces intercostaux
- réduction de l'ampliation hémithoracique

☞ palpation :

- augmentation de la fréquence respiratoire
- réduction de l'ampliation thoracique
- abolition des vibrations vocales

☞ percussion :

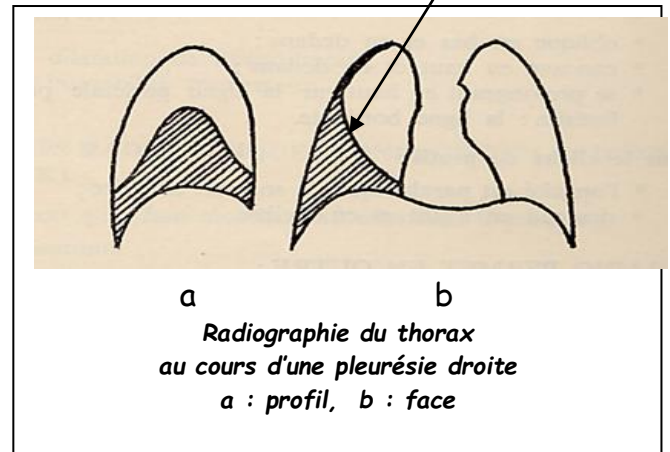
- matité franche, à topographie inférieure chez le sujet assis, tournant dans l'aisselle, et à limite supérieure courbe.
- skodisme

☞ auscultation :

- abolition du murmure vésiculaire
- souffle pleurétique, doux, voilé, expiratoire
- égophonie
- pectoriloquie aphone (transmission nette de la voix chuchotée)

*Le syndrome clinique d'épanchement pleural liquidien se résume à la **triade de Trousseau**, associant : abolition des vibrations vocales - matité - abolition du murmure vésiculaire.*

ligne de Damoiseau



☞ radiographie du thorax de face :

- opacité déclive
- à limite supérieure concave en haut et en dedans, sur le cliché de face (ligne de Damoiseau)

2 - Syndrome d'épanchement pleural liquidien de grande abondance :

☞ inspection :

- dyspnée évidente
- distension hémithoracique nette avec élargissement marqué des espaces intercostaux
- réduction de l'ampliation hémithoracique

☞ palpation :

- augmentation de la fréquence respiratoire
- réduction marquée de l'ampliation thoracique
- abolition des vibrations vocales

☞ percussion :

- matité franche, prenant tout l'hémithorax
- pas de skodisme

☞ auscultation :

- abolition du murmure vésiculaire
- pas de souffle pleurétique
- pas de frottement pleural

☞ radiographie du thorax de face :

- opacité de tout l'hémithorax

3 - Syndrome d'épanchement pleural liquidien de faible abondance :

- ☞ symptomatologie clinique pauvre
- ☞ percussion : pauvre
- ☞ auscultation : frottement pleural net
- ☞ radiographie du thorax de face :
 - simple comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique

B - Le syndrome d'épanchement pleural aérien ou pneumothorax :

Il résulte du passage de l'air par effraction dans la cavité pleurale

▶ signes fonctionnels : le début est brutal, fait de :

- ☞ douleurs hémithoraciques
- ☞ dyspnée
- ☞ cyanose
- ☞ toux sèche

▶ signes physiques :

- ☞ inspection
 - hémithorax distendu et immobile
- ☞ palpation
 - abolition des vibrations vocales
- ☞ percussion
 - tympanisme (hypersonorité)
- ☞ auscultation
 - abolition du murmure vésiculaire
 - souffle amphorique
 - résonance métallique de la voix

Le syndrome clinique d'épanchement pleural aérien se résume à la triade de Galliard associant : abolition des vibrations vocales - tympanisme - abolition du murmure vésiculaire.

- ▶ radiographie du thorax de face : pneumothorax de la grande cavité :
 - hyperclarté de l'hémithorax
 - absence de trame pulmonaire
 - moignon pulmonaire rétracté au niveau du hile

- ▶ radioscopie thoracique :
 - immobilité de l'hémithorax
 - hémidiaphragme correspondant s'élevant paradoxalement à l'inspiration

C - Le syndrome d'épanchement pleural mixte aéro-liquidien : selon la qualité du liquide, il s'agira soit d'un hydro-pneumothorax, soit d'un pyo-pneumothorax, soit d'un hémopneumothorax,

Signes cliniques :

☞ inspection

- hémithorax immobile et distendu

☞ palpation

- abolition des vibrations vocales sur toute l'étendue de l'hémithorax

☞ percussion

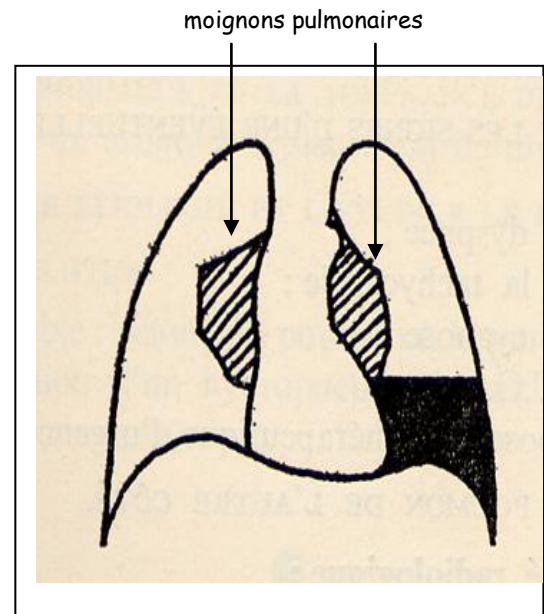
- matité franche, déclive, mobile avec la position du sujet, à limite supérieure horizontale quelle que soit la position

☞ auscultation

- abolition du murmure vésiculaire sur toute l'étendue de l'hémithorax concerné
- fluctuation thoracique ou succussion hippocratique : bruit de clapotement quand on secoue le sujet.

☞ radiographie du thorax de face

- opacité déclive liquidienne à limite supérieure horizontale
- hyperclarté intéressant toute la surface sus-jacente
- moignon pulmonaire



*Radiographie du thorax de face
A droite : pneumothorax
A gauche : hydro-pneumothorax*

II/ LES SYNDROMES PULMONAIRES :

A - Les condensations pulmonaires :

1 - les condensations pulmonaires non rétractiles :

▶ Syndrome commun :

- ☞ inspection : immobilité hémithoracique parfois
- ☞ palpation : exagération des vibrations vocales
- ☞ percussion : matité ou sub-matité
- ☞ auscultation :

- abolition du murmure vésiculaire
- souffle tubaire
- râles crépitants
- bronchophonie

- ☞ radiologie : opacité dense et homogène

▶ Les pneumonies :

Forme de description : pneumonie franche lobaire aiguë.

Germe : pneumocoque (dans sa forme habituelle)

Signes :

a - **début** brutal, après un épisode rhino-pharyngé, fait de :

- frisson solennel, prolongé
- douleurs thoraciques unilatérales, en «point de côté »
- toux sèche
- polypnée superficielle
- tachycardie en rapport avec la température
- fièvre en plateau aux alentours de 40 °

• examen physique thoracique en cette phase de début de la maladie est en règle pauvre, rarement des signes de condensation pulmonaire sont retrouvés.

b - **phase d'état** : atteinte en 2 à 3 jours

▪ signes fonctionnels :

- le «point de côté» est atténué
- toux ramenant une expectoration visqueuse, brunâtre, « crachats rouillés » de Laennec contenant des *pneumocoques*.
- température en plateau
- oligurie

▪ signes physiques :

- ☞ inspection : diminution de la mobilité hémithoracique
- ☞ palpation : exagération des vibrations vocales
- ☞ percussion : matité franche, à limites nettes
- ☞ auscultation :

- abolition du murmure vésiculaire
- souffle tubaire
- râles crépitants
- bronchophonie

- signes radiologiques : opacité dense, homogène, à limites nettes, non rétractile, à topographie lobaire ou segmentaire. Le reste du parenchyme est normal.

► **L'infarctus pulmonaire** : foyer de condensation pulmonaire par infiltration hémorragique du parenchyme pulmonaire, consécutif à une embolie pulmonaire. L'embolie pulmonaire réalise une oblitération brutale, partielle ou totale de l'artère pulmonaire ou

l'une de ses branches par un embolie (corps circulant dans le sang). L'embolie crurorique, c'est-à-dire par un caillot de sang, est la plus fréquente des embolies.

Signes :

a - **début** brutal, fait de :

- douleurs thoraciques unilatérales en «point de côté »
- angoisse
- dyspnée à type de polypnée
- toux sèche

- examen physique : signes physiques généralement absents à cette phase d'embolisation

b - **infarctus** : il se constitue en 24 à 36 heures après l'embolie

▪ signes fonctionnels :

- toux
- crachats hémoptoïques : symptôme principal
- fièvre 38 ° - 38 ° 5
- tachycardie
- dyspnée et douleurs

▪ signes physiques thoraciques :

- ☞ signes d'un syndrome de condensation typique
- ☞ ou simple foyer de râles crépitants
- ☞ parfois association d'un frottement pleural lié à une réaction inflammatoire pleurale

▪ signes physiques de phlébite : toute suspicion d'embolie pulmonaire, impose la recherche de signes de phlébite :

- douleurs au mollet
- œdème
- circulation veineuse exagérée
- signe de Homans (douleur au mollet provoquée par la dorsiflexion du pied homolatéral)

▪ radiographie du thorax de face faite au lit du malade :

- opacité arrondie ou triangulaire dense
- à sommet hilare et à base périphérique

2 - les condensations pulmonaires rétractiles ou atélectasies : l'absence de ventilation de tout ou partie d'un poumon, par obstruction bronchique ou par compression du parenchyme pulmonaire entraîne une rétraction du parenchyme : c'est l'atélectasie.

Signes :

▶ atélectasie de tout un poumon :

☞ inspection :

- immobilité hémithoracique
- pincements des espaces intercostaux

☞ palpation :

- exagération des vibrations vocales
- déplacement du choc de pointe vers le côté atteint

☞ percussion :

- matité franche

☞ auscultation :

- abolition du murmure vésiculaire
- râles crépitants inconstants

☞ radiologie :

- opacité de tout un poumon
- pincement des espaces intercostaux
- ascension hémi-diaphragmatique homolatérale
- attraction de la trachée et du médiastin

▶ atélectasie localisée à un lobe :

☞ signes physiques thoraciques : peu nets

☞ radiologie :

- opacité systématisée à limites nettes
- attraction de la scissure

B - Le syndrome cavitaire : foyer d'excavation (cavité) au sein d'une condensation pulmonaire.

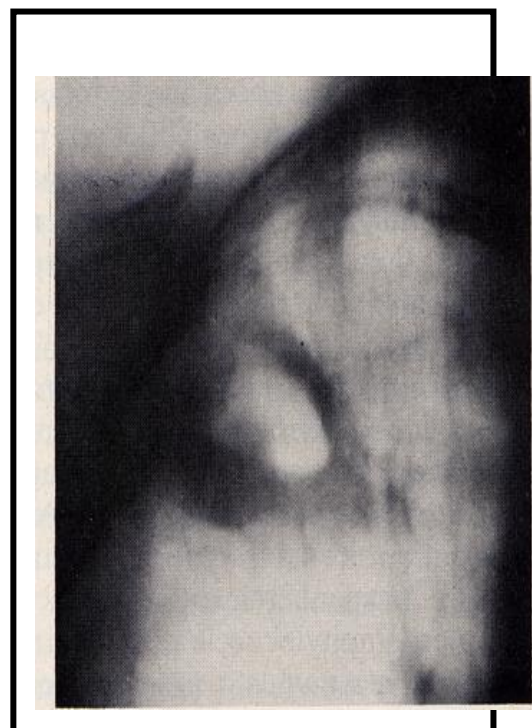
Signes : le syndrome classique ne s'observe que dans les cavités volumineuses :

- ☞ inspection : rien de particulier
- ☞ palpation : exagération des vibrations vocales
- ☞ percussion : matité ou sub-matité
- ☞ auscultation :
 - murmure vésiculaire aboli
 - souffle caverneux : forte intensité, basse tonalité, timbre creux, prédominance inspiratoire
 - râles consonants : forts, à timbre métallique, perçu aux 2 temps
 - pectoriloquie (voix haute) et pectoriloquie aphone

☞ radiographie standard : hyperclarté :

- arrondie ou ovalaire, unique ou multiple, de dimension variable
- entourée par un liseré plus ou moins épais
- au sein d'une condensation péri-cavitaire
- à contours totalement aérique (cavité tuberculeuse) ou bien comportant un niveau liquidien : image hydro-aérique (abcès rompu)

*Tomographie d'un 'hémithorax
(image en négatif) : image cavitaire*



Le syndrome cavitaire se rencontre principalement dans la tuberculose pulmonaire, l'abcès du poumon à sa phase de détersion (ouverture), et des tumeurs excavées.

C - L'emphysème pulmonaire : distension des cavités aériennes distales au-delà des bronchioles terminales, accompagnée d'une destruction des parois alvéolaires.

Signes :▪ fonctionnels :

- dyspnée permanente de type expiratoire exagérée par l'effort

▪ physiques :

☞ inspection :

- thorax distendu dit en tonneau
- tirage sus-sternal, sus-claviculaire, intercostal

☞ palpation :

- diminution des vibrations vocales
- choc de pointe non perçu
- réduction de l'ampliation thoracique
- indice de Hirtz très diminué

☞ percussion : hypersonorité globale du thorax

☞ auscultation :

- diminution du murmure vésiculaire
- inversion du cycle respiratoire, avec inspiration courte et faible, expiration prolongée et sifflante
- bruits cardiaques peu audibles

☞ radiologie :

- hyperclarté des 2 champs pulmonaires
- élargissement des espaces intercostaux et tendance à l'horizontalisation des côtes
- affaissement des coupes diaphragmatiques

☞ exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) :

- diminution de la capacité vitale
- augmentation du volume résiduel
- diminution du volume expiratoire maximal seconde
- baisse du rapport de Tiffeneau

☞ gazométrie :

- baisse de la saturation oxyhémoglobinée du sang artériel
- hypoxémie
- normo ou hypercapnie

III/ LES SYNDROMES BRONCHIQUES

1. **L'asthme bronchique** : réalise une dyspnée de type expiratoire, due à un rétrécissement diffus des petites bronches périphériques.

Signes :

▶ **début** :

- brutal
- peut être précédé de prodromes respiratoires (coryza ou écoulement nasal, toux spasmodique ...)
- nocturne

▶ **phase dyspnéique sèche** :

☞ inspection

- patient assis, penché en avant
- dyspnée expiratoire : expiration active, difficile, bruyante et prolongée
- thorax distendu

☞ palpation :

- réduction de l'ampliation thoracique

☞ percussion :

- hypersonorité

☞ auscultation :

- inversion du cycle respiratoire
- diminution du murmure vésiculaire
- râles sibilants

▶ **phase catarrhale** : précède la fin de la crise

- survient spontanément au bout de 1 à 2 heures, ou plus tôt si traitement
- caractérisée par une expectoration visqueuse contenant de petites particules blanchâtres, c'est le « crachat perlé » de Laennec
- râles bronchiques ronflants associés à des râles sibilants : « bruit de pigeonier » de Laennec
- la dyspnée régresse

☞ radiographie : inutile pour le diagnostic de crise d'asthme, elle montrerait :

- une hyperclarté
- un élargissement des espaces intercostaux
- une horizontalisation des côtes

2. **La bronchite chronique** :

Toux et expectorations durant au moins 3 mois successifs durant au moins 2 années consécutives.

Signes :

▶ **Stade de bronchite simple** :

Signes fonctionnels :

- toux
- expectorations muqueuses ou muco-purulentes
- absence de dyspnée à ce stade

Signes physiques : réduits :

- râles bronchiques
- pas de cyanose
- pas d'hippocratisme digital
- pas de distension thoracique

▶ **Stade de bronchite obstructive** :

Signes fonctionnels :

- toux
- expectoration purulente
- dyspnée d'effort

Signes physiques :

☞ respiratoires :

- cyanose (de type mixte)
- hippocratisme digital
- élargissement des espaces intercostaux
- diminution des vibrations vocales
- tympanisme
- diminution du murmure vésiculaire

☞ cardiaques : d'insuffisance cardiaque droite (cœur pulmonaire chronique - CPC)

- oedèmes des membres inférieurs, durs, ne prenant pas le godet, violacés
- hépatomégalie
- turgescence des veines jugulaires et reflux hépato-jugulaire
- signe de Harzer

Radiographie :

- accentuation de la trame broncho-vasculaire
- augmentation du volume des cavités cardiaques droites en cas de CPC
- apprécie l'intégrité du parenchyme pulmonaire

Exploration fonctionnelle respiratoire

- peut être normale au stade de bronchite chronique à son début
- affirme le syndrome obstructif à un stade évolué, attesté par :
 - VEMS diminué
 - capacité vital légèrement diminuée
 - rapport de Tiffeneau effondré
 - volume résiduel augmenté

Gazométrie :

- peut être normale au stade de bronchite chronique à son début
- confirme l'insuffisance respiratoire chronique à un stade évolué :
 - hypoxie
 - hypercapnie
 - désaturation en oxygène de l'hémoglobine
 - acidose respiratoire

3. La dilatation des bronches : (ou bronchiectasie)

augmentation permanente du calibre de plusieurs bronches

Signes : réalisent la classique « toilette des bronches », faite :

- ☞ de toux productive quotidienne et matinale
- ☞ d'expectoration : maître symptôme

Les crachats sédimentent classiquement en 3 couches :
mousseuse - muqueuse - purulente

☞ Bronchographie lipiodolée :

- augmentation du calibre des bronches
- précise le siège, l'étendue et l'aspect des bronchectasies (dilatations de bronches)

Bronchographie lipiodolée gauche
au cours d'une dilatation des bronches

