

CCO Sémiologie aux urgences
Mardi 9 octobre – 17h30
Pr Romain BARTHELEMY

Cours 1

PREMIER EXAMEN CLINIQUE D'UN PATIENT VU AUX URGENCES

Voici le mail du prof, si vous avez des questions à lui poser : romain.barthelemy@lrb.aphp.fr

PREMIER EXAMEN CLINIQUE D'UN PATIENT VU AUX URGENCES

Le but aujourd'hui est de savoir sur quoi se concentrer lorsque l'on reçoit un patient aux urgences. En effet, aux urgences, les objectifs ne sont pas les mêmes qu'en consultation classique. Il faut en priorité **évaluer la gravité** immédiate ou potentielle, **rechercher des pathologies graves** dont la présentation initiale est rassurante, et enfin **émettre des hypothèses diagnostiques** pour compléter l'examen clinique et prévoir une prise en charge du patient.

Le premier examen sera suivi d'un autre examen plus approfondi secondairement, l'objectif ici est de catégoriser le patient.

Une classification a d'ailleurs été mise en place pour grader la priorité et la gravité des malades afin de repérer les vraies urgences dans la foule de patients qui se présente.

Classification Clinique des Malades aux Urgences (donnée à titre indicatif)	
CCMU 1	Etat clinique stable, aucun acte diagnostique ou thérapeutique possible
CCMU 2	Etat clinique stable, acte diagnostique ou thérapeutique complémentaire
CCMU 3	Etat clinique instable (susceptible de s'aggraver), pas de mise en jeu du pronostic vital
CCMU 4	Mise en jeu du pronostic vital, pas de manœuvre de réanimation immédiate
CCMU 5	Mise en jeu du pronostic vital, manœuvres de réanimation immédiates

Souvent les patients CCMU 5 arrivent par le SAMU ou les pompiers, le but est donc de repérer les CCMU 3 et 4.

L'examen standard (interrogatoire puis examen physique comprenant inspection, palpation, percussion, auscultation) n'est pas vraiment adapté aux urgences où on assiste à un flot continu de patients. Aux urgences, il faut précéder cet examen d'une **observation rapide** pour pouvoir cibler l'examen et gagner du temps.

I. Observation

1. Anamnèse rapide

Aux urgences il est trop long de faire un interrogatoire complet pour connaître l'histoire de la maladie, il existe donc quelques astuces pour gagner du temps.

- Il faut d'abord faire une « **photo des lieux** », c'est-à-dire cerner l'**ambiance**, le contexte : se demander ce qui se passe autour, dans quelle situation on se trouve. Pour cela, on regarde si les gens (proches du patient ou personnel médical) ont l'air stressé, sont agités ou au contraire plutôt calmes et détendus. Cela permet de donner une idée de la situation en quelques secondes.
- Ensuite on demande **pourquoi** le patient est venu aux urgences, mais aussi **comment** il est venu : s'il est venu sur ses deux jambes en bus, c'est différent de s'il a été amené par les pompiers.
- Enfin, s'il est possible d'avoir une **ordonnance** des traitements actuels du patient, la demander : cela permet de connaître ses antécédents, mais aussi de déduire une éventuelle iatrogénie de ces traitements.

2. Aspect général

Regarder le patient permet aussi de gagner du temps.

- On constate d'abord son **âge**, son **sexe** et son **morphotype**, cela permet de réduire les possibilités (par exemple s'il s'agit d'un homme on peut d'office écarter une grossesse extra-utérine... Ou plus sérieusement, un patient âgé sera plus à risque pour un infarctus du myocarde qu'un patient jeune au physique sportif).
- Il faut aussi regarder son **faciès**, son expression, afin de voir si le patient est calme, anxieux, souffre, etc.
- Enfin, la **position** du patient donne également des renseignements importants. Par exemple s'il se tient debout on peut supposer qu'il n'est pas hypotendu ou qu'il n'y a pas de problème hémodynamique, que le cerveau fonctionne bien. Une position assise n'aura pas la même signification pour une détresse respiratoire qu'une position allongée. Une position antalgique peut renseigner sur la nature du problème avant même d'avoir interrogé le patient.

Tous ces éléments permettent de cerner plus ou moins la situation en moins d'une minute.

3. Trois grandes fonctions à vérifier

a. Vigilance et conscience

On effectue d'abord une analyse sémiologique de la conscience du patient, et on utilise principalement 4 termes pour définir une altération.

- **Obnubilation** : discrète altération des fonctions supérieures (parfois difficile à détecter), le patient sait où il est, sait ce qui lui arrive, mais est rapidement perdu si on rentre dans des questions complexes.
- **Confusion** : le patient ne sait pas où il est, ne comprend pas qui vous êtes ni ce qu'il fait là.
- **Stupeur** : le patient est un peu réactif mais il est impossible de prendre contact avec lui.
- **Coma** : absence de réaction totale.

On peut aussi utiliser le score de Glasgow, initialement créé pour les traumatismes crâniens. Il est plus long à utiliser mais est très reproductible donc on peut l'adapter à tout type d'altération de la conscience.

Score de Glasgow		
Ouverture des yeux (sur 4)	Meilleure réponse motrice (sur 6)	Meilleure réponse verbale (sur 5)
Y4 : spontanée	M6 : volontaire (sur commande)	V5 : orientée
Y3 : à la demande	M5 : localisatrice (à la douleur)	V4 : confuse
Y2 : à la douleur	M4 : mouvement de retrait	V3 : incohérente
Y1 : absente	M3 : stéréotypée en flexion (décortication)	V2 : incompréhensible
	M2 : stéréotypée en extension (décérébration)	V1 : aucune
	M1 : aucune	

Score total sur 15, idéalement détaillé en Y...M...V...

Quelques pièges concernant le score de Glasgow :

- Le plus mauvais score est 3 car il n'y a pas de note 0.

- Le Glasgow « agité » n'existe pas, c'est une classification numérique. Soit on dit « score Glasgow de tant » ; soit on dit « le patient est confus/stuporeux/etc. » mais il ne faut pas tout mélanger.
- Attention aux effets antalgiques des intoxications : si le patient ne répond pas à la douleur, il n'a pas forcément un score de Glasgow à 3, il est peut-être simplement intoxiqué à l'alcool ou à un morphinique.

Concernant la douleur, il y a 2 manières de provoquer une douleur afin d'obtenir une réponse : on peut compresser le nerf facial derrière l'oreille ou comprimer l'ongle entre deux surfaces.

b. Fonction respiratoire

Le plus grand signe d'une dysfonction respiratoire est la **dyspnée**. Il faut donc la caractériser :

- Inspiratoire ou expiratoire
- Polypnée, hypopnée, apnée
- Tachypnée, bradypnée
- Orthopnée (origine plutôt cardiovasculaire, par exemple insuffisance cardiaque)
- Dyspnée de Kussmaul (inspiration-pause-expiration-pause, caractéristique de l'acidose métabolique en compensation)
- Dyspnée de Cheynes Stokes (d'origine neurologique)...

Aux urgences il ne faut surtout pas passer à côté de **signes d'épuisement diaphragmatique** car ils signifient que le patient va bientôt s'arrêter de respirer :

- Tachypnée > 35/min
- Tirage et mise en jeu des muscles respiratoires accessoires
- Balancement thoraco-abdominal
- Hypopnée, apnées

Il faut enfin repérer des signes d'**hypercapnie** qui sont parfois liés à l'épuisement :

- Astérisis (*flapping tremor*)
- Troubles de la conscience
- Hypertension artérielle
- Sueurs

c. Perfusion cutanée

La dernière fonction à vérifier est la perfusion cutanée. On recherche les signes suivants :

- Cyanose des extrémités (nez, oreilles, doigts, orteils) due à la vasoconstriction des artérioles périphériques lors d'un état de choc (à ne pas confondre avec une cyanose généralisée due à une saturation en O₂ de l'hémoglobine trop basse)
- Pâleur cutanée et conjonctivale (éventuelle anémie)
- Marbrures localisées (genoux et coudes dans un premier temps) ou généralisées, souvent signes de choc
- Veines plates (hypovolémie) ou vasodilatation (choc septique ou anaphylactique possible)
- Temps de recoloration cutanée : on appuie sur l'ongle et on regarde combien de temps met l'ongle à se recolorer, normalement moins de 3 secondes
- Erythème (pendant de la vasodilatation pour la peau)

4. Signes de pancarte

Ce sont les constantes, que l'on peut demander à l'infirmière si elles ont été prises : la **fréquence cardiaque**, la **pression artérielle**, la **température** et la **saturation**.

En ayant fait toute cette observation, on a jugé la gravité du patient en quelques minutes et orienté la prise en charge (réanimation, hospitalisation, etc.).

II. Examen clinique systématique

1. Interrogatoire

La **douleur** est le principal motif de consultation aux urgences, il faut donc la caractériser :

- Type
- Localisation
- Irradiations
- Début brutal ou insidieux
- Facteur déclenchant
- Position antalgique

Attention à ne pas influencer le malade en plaçant dans sa bouche des mots qui ont un sens précis. Par exemple, en demandant « est-ce que ça vous serre ? » à un patient qui a une douleur thoracique, il va sûrement répondre que oui, alors qu'en lui demandant « est-ce que ça serre, ça brûle, ça pique, ça tord, ça lance, ça ronge ? » la réponse aura plus de valeur car il dira le mot lui-même.

2. Inspection

A l'inspection aux urgences, les signes à rechercher en priorité sont :

- **Signes de déshydratation intracellulaire :**
 - Muqueuses sèches
 - Yeux cernés
 - Hypotonie des globes oculaires
- **Signes de déshydratation extracellulaire :**
 - Pli cutané
 - Veines plates
- **Œdèmes**
 - Hydrostatiques : blancs, mous, indolores, déclives, prenant le godet
 - Inflammatoires : tétrade de Celsius (rougeur, chaleur, douleur, tumeur)
- **Turgescence jugulaire** (signe d'hypertension en amont du cœur : insuffisance cardiaque droite ou caillot dans la veine jugulaire par exemple)
- **Purpura** (hémorragie des tissus cutanés à rechercher chez les patients ayant un syndrome infectieux car c'est un critère de gravité)

3. Palpation

A l'inspection, il faut se concentrer sur :

- Pouls
- Palpation abdominale quadrant par quadrant à la recherche de :
 - Douleur provoquée
 - Défense (rigidité en réponse à la palpation)
 - Contracture (rigidité présente avant même la palpation)
- Orifices herniaires
- Masse abdominale battante et expansive (signe d'anévrisme de l'aorte abdominale)
- Fosses lombaires
- Hépatomégalie
- Splénomégalie
- Reflux hépato-jugulaire

4. Percussion

A la percussion, il faut rechercher :

- Globe vésical (surtout chez le sujet âgé et confus) : matité sus-pubienne
- Flèche hépatique (estimation de la taille du foie)
- Météorisme (tympanisme diffus de l'abdomen)
- Ascite (matité des flancs)
- Tympanisme pré-hépatique (signe de pneumopéritoine causé par la perforation d'un organe creux)
- Epanchement pleural
- Pneumothorax (difficile à détecter)

5. Auscultation

L'auscultation est assez semblable à l'auscultation ambulatoire, on écoute le cœur, les poumons, les axes vasculaires, les bruits hydro-aériques abdominaux.

III. Grands syndromes

Après avoir réalisé l'observation puis l'examen clinique, on doit être capable de reconnaître ou non un de ces grands syndromes qui nécessitent des soins urgents.

1. Insuffisance circulatoire aiguë

C'est ce qu'on appelle aussi **l'état de choc**. Elle se compose de 4 types de signes :

- **Signes cutanés :**
 - Cyanose des extrémités
 - Marbrures des coudes et des genoux
 - Veines périphériques non visibles

- **Signe respiratoire** : polypnée
- **Signes neurologiques** :
 - Agitation
 - Anxiété
 - Attitude opposante
 - Troubles de la vigilance
- **Signes hémodynamiques** :
 - Tachycardie
 - Pouls filant
 - Pression artérielle différentielle pincée (différence entre la PA systolique et la PA diastolique réduite)
 - Hypotension orthostatique

2. Insuffisance respiratoire aiguë

Elle est principalement reconnaissable par :

- Dyspnée
- Signes de lutte
- Cyanose
- Manque d'air (refus du masque à oxygène qui l'« étouffe »)
- Encéphalopathie hypercapnique (signes neurologiques tels que l'astérisis, les sueurs)
- Signes de défaillance cardiaque droite (turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire)

3. Atteinte neurologique aiguë

En cas de suspicion d'atteinte neurologique aiguë, il faut faire une évaluation neurologique rapide et vérifier :

- Score de Glasgow
- Asymétrie pupillaire (signe d'une atteinte cérébrale, à traiter extrêmement rapidement)
- Déficits focaux

Dans une situation d'altération neurologique, il faut *toujours* penser à :

- Prendre la **température** (pour éliminer une méningite)
- Prendre la **glycémie capillaire** (pour éliminer une hypoglycémie grave)

4. Situations graves à signes frustes

Ce sont les maladies graves mais pour lesquelles on a dans l'immédiat pas de signe de gravité. Ces patients sont des « bombes à retardement » et il faut donc apprendre à les reconnaître. C'est le cas de toutes ces pathologies :

- Dissection aortique
- Purpura fulminans (notamment chez l'enfant)
- Anévrisme de l'aorte abdominale
- Infarctus du myocarde
- Hémoptysie (grave à partir de 150 mL : le volume des voies respiratoires)
- Traumatismes à haute célérité
- Grossesse extra-utérine

IV. Cas cliniques

Ces cas cliniques ont pour objectif de nous entraîner à rechercher les signes de gravité chez les patients et à reconnaître les grands syndromes, comme si l'on était le médecin en charge de la situation.

1. Cas clinique n°1

Vous êtes interne en réanimation en salle de réveil. L'interne de chirurgie digestive vous appelle car il voudrait poser une voie centrale sur un patient post-opératoire qui n'a que 7g/dL d'hémoglobine. Il faut lui transfuser 2 culots globulaires mais le patient est « impiquable » selon les infirmières.

Ce qu'il faut observer :

Patient d'une quarantaine d'années, allongé, discrètement obnubilé, pâle, avec une polypnée à 32/min. Les veines périphériques ne sont pas visibles, même avec un garrot. Sa fréquence cardiaque est à 135/min et sa PA à 105/85 mm Hg.

Ce qu'il faut suspecter :

Le patient est en fait en insuffisance circulatoire aiguë d'origine hypovolémique. Il a un hémopéritoine de 3L que personne n'a remarqué qui a entraîné une baisse importante de son hémoglobine.

Il faut donc en conclure que les signes de gravité sont à rechercher même en dehors des urgences, car ils peuvent être rencontrés dans tous les services.

2. Cas clinique n°2

Vous êtes de garde aux urgences. A la relève du matin, l'interne de nuit vous signale un patient infirme moteur cérébral qui vit dans un centre, qui vient pour une douleur abdominale, mais il est difficilement examinable.

Ce qu'il faut observer :

Homme de 32 ans, confus, opposant, avec marbrures des genoux et polypnée à 35/min. Sa fréquence cardiaque est à 125/min et sa PA est à 100/80 mm Hg. Lettre du centre qui l'envoie disant qu'il a des fonctions supérieures normales.

Ce qu'il faut suspecter :

Le patient a probablement une péritonite.

Le patient est en fait confus et opposant. L'interne l'a catalogué comme handicapé cognitif alors que ce sont des signes neurologiques associés à la pathologie qui l'amène. Il est handicapé moteur et non cognitif.

Attention, surtout concernant les patients âgés confus, il ne faut pas tomber dans le piège confusion/démence.

3. Cas clinique n°3

Vous êtes envoyé avec le SMUR chez une patiente de 52 ans qui a une douleur thoracique.

Ce qu'il faut observer :

La patiente est assise dans son salon, elle a une conscience normale. Sa coloration cutanée est normale, elle n'a pas de dyspnée, sa fréquence cardiaque est de 85/min. Elle est sous AINS depuis 2 jours pour une dorsalgie. Les pompiers ont pris sa PA : elle a 160/80 mm Hg au bras droit et 80/60 mm Hg au bras gauche.

Ce qu'il faut suspecter :

Il s'agit probablement d'une dissection aortique (différence de PA entre les 2 bras).

Ici, le piège est de se focaliser sur une hypothèse (infarctus du myocarde par exemple) en posant des questions sur la douleur, les facteurs de risque, les antécédents, etc. Le détail de la PA met tout de suite la puce à l'oreille mais il faut y penser. Dans ces circonstances (pas de signe de choc), il est facile de perdre du temps alors que la dissection aortique doit être rapidement prise en charge.

4. Cas n°4

Vous faites partie d'une équipe SMUR et êtes appelé pour un patient qui a une douleur thoracique devant une clinique. Il allait passer une IRM pour une dyspnée qui dure depuis 15 jours. Les pompiers sont déjà sur place.

Ce qu'il faut observer :

Homme de 55 ans, assis sur le brancard. Il est polypnéique, cyanosé, le masque à oxygène l'étouffe. Sa PA est à 135/72 mm Hg, sa FC à 92/min et sa SatO₂ à 85% sous 6L. L'auscultation est normale. En l'interrogeant, on découvre que le patient a une douleur au mollet gauche depuis 3 semaines.

Ce qu'il faut suspecter :

Le patient a certainement une embolie pulmonaire suite à une thrombose veineuse profonde.

5. Cas n°5

Vous êtes interne en anesthésie. Les brancardiers viennent vous voir car ils trouvent que le patient qu'ils doivent amener au bloc (chirurgie cardiovasculaire) n'est « pas bien ».

Ce qu'il faut observer :

Homme de 75 ans qui devait aller au bloc pour une ischémie du membre inférieur gauche. Il est allongé, confus, sa jambe gauche est pâle. Il se plaint d'une douleur abdominale. Il a une légère dyspnée de Kussmaul. A la palpation, masse battante abdominale.

Ce qu'il faut suspecter :

Le patient a un anévrisme de l'aorte abdominale qui est en train de se disséquer. Ce sont les brancardiers qui ont remarqué le problème car les médecins qui l'ont vu avant se sont focalisés sur le membre inférieur. Il ne faut pas oublier de regarder le patient dans son ensemble.

Pour conclure, aux urgences il faut toujours **prendre du recul et observer :**

- l'apparence générale
- la conscience et la vigilance

- la respiration
- la perfusion cutanée

Ne pas se jeter sur l'examen physique local. Il ne faut pas oublier que le but n'est pas un diagnostic précis mais de voir de manière générale comment va le patient.