



## Fiche récapitulative Pouce CCC : Examen clinique

---

### Liste des questions :

1. Examen des aires ganglionnaires de la moitié supérieure du corps
2. Auscultation cardiaque
3. Décrire une douleur angineuse
4. Examiner la sensibilité profonde
5. Examen des paires crâniennes II, III, IV, VI
6. Examen des paires crâniennes V, VII, IX, X, XI
7. Examen du genou
8. Examen d'une masse abdominale
9. Examen physique pulmonaire
10. Prise de la pression artérielle et valeurs normales
11. Examiner la thyroïde
12. Examen des pouls
13. Recherche des signes d'insuffisance cardiaque droite
14. Recherche des signes d'insuffisance cardiaque gauche
15. Rechercher les réflexes ostéo-tendineux du membre inférieur et supérieur
16. Rechercher une hépatomégalie
17. Recherche et étiologies d'une splénomégalie
18. Rechercher un syndrome cérébelleux
19. Rechercher un syndrome méningé chez l'adulte
20. Rechercher un syndrome vestibulaire

Durée : 15 minutes

2 étudiants de même sexe interrogés à la fois

Soit examen physique sur partenaire

Soit description orale des signes ou de la douleur

Grille sur 20 points pour chacun des items

Durée de l'examen max 30 minutes pour 2



## 1. Examen des aires ganglionnaires de la moitié supérieure du corps

### A) Technique

Un côté à la fois pour bien se concentrer sur chaque zone spécifiquement :

- Bien chercher en **profondeur** (mouvement de raclage en axillaire)
- En utilisant l'**ensemble de ses doigts**

On recherche une **masse ovoïde qui roule sous les doigts**, qu'il faudra ensuite **caractériser** (taille, adhérence, signes inflammatoires, texture).

### B) Aires

- **Sus-claviculaire** : aller bien jusqu'en sus-sternal, le ganglion de **Troisier** est très médian à gauche (quasiment à l'insertion du sterno-cleïdo-mastoïdien).
- **Cervicale** : aires précises que seuls les ORL connaissent car association à différentes localisations néoplasiques.
  - **Sous-maxillaire**
  - **Sous-mentale** (= sous-mandibulaire avec la sous-maxillaire)
  - **Prétragienne**
  - **Rétroauriculaire**
  - **Occipitale**
- **Axillaire** : plusieurs techniques possibles, le point clé consiste en ce que le patient soit bien détendu de sorte que les muscles pectoraux et dorsaux n'interfèrent pas avec l'examen. Ne pas hésiter à aller chercher loin, on doit sentir le grill costal sous les doigts.
- **Epitrochléenne** : le fameux signe du beau-père pour la syphilis, palpation de la partie interne inférieure du bras, c'est-à-dire juste sous le tendon du biceps.

Remarque : Les **autres aires ganglionnaires de la moitié supérieure du corps** ne sont **pas accessibles** à l'examen clinique.



## 2. Auscultation cardiaque

- En parallèle de la prise de pouls pour identifier systole et diastole.
- Écouter aux **4 foyers** (par exemple dans le sens des aiguilles d'une montre, Tricuspide-Aortique-Pulmonaire-Mitral) et aux **territoires d'irradiation** (surtout si on entend un souffle), ainsi **qu'entre les foyers** pour identifier d'éventuels bruits différents d'un souffle.
  - Bruits **réguliers** ? Bien perçus ou diminués ? Irrégularité en lien avec la respiration tolérée.
  - B1 et B2 bien perçus ? **Souffle** associé ? Si oui, le caractériser (chronologie, tonalité, intensité)
  - **Bruit surajouté** ? A savoir frottement, claquement, B3, galop...
  - Territoires d'irradiation : carotides, parasternal droit, axillaire

[SOMMAIRE](#)



### 3. Décrire une douleur angineuse

- **Description** d'une douleur :
  - date d'apparition (durée),
  - circonstances d'apparition,
  - rythme (fluctuante ou continue),
  - localisation,
  - irradiation,
  - durée,
  - caractéristique (type),
  - facteurs favorisants ou apaisants.

Donc dans ce cas précis : **douleur en lien avec une souffrance myocardique par ischémie**

→ Douleur aiguë apparue en quelques minutes, **rythmée par l'effort** (avec parfois des antécédents de douleurs similaires au cours ou juste après l'arrêt de l'effort, lorsque le débit coronaire baisse puisque la fréquence cardiaque retombe alors que les cellules myocardiques auraient toujours besoin de plus d'oxygène, qui disparaissent par la suite après un temps de repos),

→ Localisée au niveau **thoracique** (aussi bien droit que gauche) voire abdominal haut si atteinte inférieure,

→ Irradiant dans les carotides et/ou le **bras gauche**,

→ Continue tant que l'ischémie dure,

→ Classiquement **constrictive** (mais parfois plutôt brûlure).

→ Douleur non positionnelle, soulagée par une éventuelle prise de **trinitrine**.

ATTENTION aux formes atypiques et pauci-symptomatiques (notamment chez le vieux et le diabétique), globalement se méfier devant toute douleur thoracique aiguë.

SOMMAIRE



## 4. Examiner la sensibilité profonde

### *Sensibilité profonde*

**Proprioceptive** et **pallesthésique**, appartient au **système nerveux périphérique** (grosses fibres de conduction rapide myélinisées, voie lemniscale).

→ Examen à effectuer aux **quatre membres**.

### *Sensibilité proprioceptive*

(**Arthrokinesthésie** pour le sens de **position d'un segment de corps dans l'espace**) :

- Sensation d'instabilité à la marche
  - Effectuer l'épreuve de **Romberg**, patient debout pieds joints, l'instabilité est **majorée à la fermeture des yeux** (au contraire de l'ataxie cérébelleuse, avec un déséquilibre identique yeux ouverts ou fermés), **non latéralisée**, a minima on peut observer une **danse des tendons** qui illustre l'effort constant effectué par le triceps sural pour corriger le déséquilibre, on peut **pousser un peu le patient** en avant ou en arrière pour sensibiliser l'épreuve
  - **Sens de position du gros orteil** au membre inférieur (mais test imparfait car croisé avec le tact grossier)
  - Épreuve de **préhension aveugle** du pouce au membre supérieur.

Toutes ces épreuves se font les **yeux fermés of course** (sinon c'est trop facile !).

### *Sensibilité pallesthésique*

(Sens vibratoire)

- À l'aide d'un **diapason**, on se place au niveau des **reliefs osseux** des différentes articulations et on demande au patient de dire lorsqu'il ne sent plus les vibrations.
- On peut ainsi coter la sensibilité selon le dernier chiffre qui apparaît net et comparer entre les différentes localisations (symétrie, sensibilité identique au membre sup et au membre inf). La norme se situe autour de 7 ou 8/10 je crois, en-dessous la sensibilité est diminuée.



## 5. Examen des paires crâniennes II, III, IV, VI

Nerfs responsables de la vision et de l'oculomotricité.

### A) Optique (II)

Examen avec port de la correction optimale :

- **Œil par œil** (en occluant l'un puis l'autre, par le patient avec une de ses mains par exemple)
- Demander au patient de **fixer un point fixe** (par exemple le nez de l'examineur)
- Explorer l'**ensemble du champ visuel** = au moins **quatre quadrants** de chaque côté (faire bouger un doigt et demander si le patient perçoit le mouvement)

### B) Oculomoteur (III), trochléaire (IV) et abducens (VI) :

- Demander si **existence spontanée** d'une **diplopie** (binoculaire, sinon c'est de l'ophtalmo) ou d'une **vision trouble** (horizontale pour le VI, verticale pour le III et IV)
- Observer un **éventuel strabisme au repos**
- Demander au patient **de suivre son doigt/un stylo** en le déplaçant dans **tous les plans** de l'espace (horizontal, vertical, oblique)
- **Rester attentif** à l'**apparition d'un strabisme** ou d'une **diplopie** (plainte du patient)
- Ne pas oublier de tester la **convergence**.

### C) Réflexe d'accommodation pupillaire

Sollicite à la fois les nerfs de la **perception**, l'**intégration centrale** et le **contingent parasymphatiques du III** = motricité intrinsèque

- Passer un **petit coup de lampe** dans **chaque œil fois deux** pour observer les réflexes photomoteur et consensuel
  - Si le III est atteint, présence d'une **mydriase ± réactive** du côté atteint.

### **Atteinte du III**

- Ptosis/Mydriase
- Déviation du globe oculaire vers l'extérieur = abduction
- et/ou impossibilité/limitation/diplopie pour un regard vers l'intérieur = adduction (y compris en convergence), ainsi qu'en haut et en bas.

### **Atteinte du IV**

- Impossibilité/limitation/diplopie pour un regard en bas vers l'intérieur (en adduction)

### **Atteinte du VI**

- Œil dévié en adduction
- et/ou limitation/impossibilité/diplopie pour un regard vers l'extérieur (abduction).



## 6. Examen des paires crâniennes V, VII, IX, X, XI

Il s'agit un peu d'un fourre-tout (ne constitue pas un grand syndrome)

### A) V (trijumeau)

**Sensibilité faciale**, avec **trois territoires** : V1 le front, V2 les pommettes, V3 la mâchoire.

- On peut rechercher une **douleur**, des **paresthésies**, des **décharges** ou **brûlures** à l'interrogatoire.
  - On effleure la peau de chaque côté en demandant au sujet s'il sent bien et de façon symétrique.  
*Petit piège pour repérer les menteurs* : l'**encoche massétérine**, juste sous l'angle de la mâchoire, n'appartient pas au territoire du trijumeau.
- On peut aussi explorer la **sensibilité de la cornée** à l'aide d'une compresse.
  - On demande au sujet de **contracter les masséters** en serrant autour d'un abaisse-langue par exemple et en tirant dessus pour s'assurer d'une force normale, on teste ainsi la **partie motrice** du trijumeau.

### B) VII (facial)

**Motricité de la face**

- D'abord on **observe** le sujet à la recherche :
  - D'une **asymétrie**,
  - D'un **affaissement** d'une **commissure labiale**,
  - D'un **effacement du pli nasogénien**
  - De **rides du front**
- Puis c'est le moment des **grimaces**.
  - « *Souriez en montrant les dents, gonflez les joues, froncez/haussez les sourcils, fermez fort les yeux* »
- On teste la **fermeture des paupières** avec le pouce (la paupière ne doit pas pouvoir être soulevée par l'examineur). On peut observer :
  - Le signe des **cils de Souques**
  - Le signe de **Charles-Bell** (on voit le globe remonter en haut en extérieur avant que la paupière ne se referme).

→ Une **atteinte centrale** n'atteint que la **partie inférieure de la face** (bouche, pli nasogénien), une **atteinte périphérique l'ensemble** (paupières, front).

→ Si l'atteinte est centrale, on observe une **dissociation automatico-volontaire** (la paralysie disparaît si un rire involontaire est déclenché par exemple).

### C) Nerfs mixtes IX, X et XI

Les trois nerfs mixtes sont **souvent atteints ensemble** à cause de leur **promiscuité** dans le bulbe.

Ils sont **à la fois sensitifs, moteurs et végétatifs**, ce qui rend leur **discrimination clinique compliquée**.



### ***Exploration commune***

- Troubles de la **déglutition**,
- Qualité de la voix (nasonnée ? par atteinte du voile du palais),
- Déviation de la glotte,
- **Signe du rideau** (paroi postérieure du pharynx attirée du côté sain lors de la phonation),
- Abolition du **réflexe nauséeux** à rechercher à ses risques et périls avec un abaisse langue.

### ***IX (glosso-pharyngien)***

- **Exploration spécifique difficile**, globalement associé aux autres dans toutes ses fonctions.

### ***X (vague)***

- **Voix bitonale** (par atteinte récurrentielle sur son trajet)

### ***XI (accessoire/spinal)***

- « **Haussez les épaules, tournez la tête** »

→ On teste la **force motrice** de ce mouvement contre résistance,

→ Explore le faisceau moteur de ce nerf qui innerve le **trapèze** et le **sterno-cléido-mastoïdien**  
(attention faire tourner la tête de façon controlatérale à sa contraction)

[SOMMAIRE](#)



## 7. Examen du genou

Trois plaintes principales :

1. **Douleur**
2. et/ou **Augmentation de volume**
3. et/ou **Impotence fonctionnelle.**

### **A) Inspection**

- Recherche de signes locaux d'**inflammation**, au besoin de **façon bilatérale et comparative.**
- Rechercher **une éventuelle tuméfaction** (bursite)
- Demander de **localiser la douleur**

### **B) Palpation :**

- Recherche d'un **épanchement intra-articulaire** (*signe du glaçon/ choc rotulien*).
- Palpation des **interlignes** (arthrose, atteinte méniscale en fémoro-tibial médial) et des **reliefs osseux d'insertion** tendineuse (tendinite, notamment de la patte d'oie).
- **Signe du rabot**: recherche d'un **claquement/craquement/raclement** lors de la **flexion extension** en posant ses mains de part et d'autre du genou (recherche une arthrose fémoro-patéllaire).

### **C) Mobilités :**

- Explorer :
  - la **mobilité passive** (normale 0-150° -> blocage ? atteintes ligamentaires et méniscales),
  - la **mobilité active** (douleur, limitation, en lien avec une atteinte inflammatoire ou traumatique)
  - la **contre-résistance** (déclenche la douleur aux points d'insertion en cas de tendinite).
- Tester les **tiroirs** antérieur, postérieur, le Lachman (tiroir antérieur vers 30° de flexion) plus ou moins avec ressaut
- Rechercher une **laxité latérale** (ligaments collatéraux, pour le latéral à 30° de flexion).

+ Par ailleurs, on peut rechercher une **atteinte méniscale** par le **Grinding test** (décubitus ventral, genou fléchi, on empaume le pied et tourne le mollet dans l'axe tout en appuyant dessus, comme pour moude le genou).



## 8. Examen d'une masse abdominale

TRÈS DIFFICILE À PALPER (SURTOUT SI MOBILE)

### Palpation

- **Quadrant par quadrant**, les **deux mains** bien à plat, ne pas hésiter à **appuyer sur l'abdomen** pour **palper en profondeur**.
- Ne pas oublier les **orifices herniaires** et la recherche d'une **hépatosplénomégalie**.
- Faire **plier les genoux** au besoin et **distraindre** (sans faire rire) pour **détendre le ventre**.

Si une masse est palpée, on décrit

- Sa **localisation** (selon les neuf quadrants),
- Sa **taille** estimée (entre ses deux mains),
- Sa **mobilité** ou au contraire son adhérence,
- Sa **texture**,
- Son **rapport** à la paroi (intra-abdominale ou attachée à la paroi) ou à un autre organe
- *Éventuellement, son caractère fluctuant ou non, sa régularité.*

On recherche

- Une **pulsatilité** (anévrisme de l'aorte),
- Une **matité** (voussure hypogastrique du globe urinaire),
- Une **impulsivité** à la toux (hernies).

[SOMMAIRE](#)



## 9. Examen physique pulmonaire

Patient assis au bord du lit, d'abord de face puis de dos  
(attention à ne pas se précipiter sur le sthét)

### A) Inspection

#### Observer

- l'**ampliation thoracique** (symétrique, suffisante),
- la **fréquence respiratoire** (normale entre 12 et 20/min),
- la **qualité de la respiration** (profonde ou superficielle).

#### Rechercher

- des **signes de lutte** (tirages, balancement thoraco-abdominal, respiration paradoxale, jusqu'au battement des ailes du nez),
- un **frein** inspi ou expi.

**Écouter** (parfois les sibilants sont audibles sans poser le sthét !)

### B) Palpation

le fameux « dites 33 »

- **Placer ses mains** bien à plat contre la cage thoracique, doigts au niveau des **espaces intercostaux**,
- Demander au patient de parler (33 est pratique car résonne bien et standard)

→ On recherche une **diminution ou une augmentation** des **vibrations** à des localisations/niveaux précis.

### C) Percussion

- Main bien à plat sur la cage thoracique entre les côtes, même technique de percussion qu'au niveau abdominal

→ On recherche une **matité**, notamment aux **bases** (normalement l'ensemble des champs pulmonaires est tympanique...)

*Je crois qu'il y a une notion d'hyper-tympanisme dans le pneumothorax ?*

### D) Auscultation

On **explore** et on **compare**

→ de manière **bilatérale, symétrique**,

→ en **descendant bien** jusque **sous les aisselles** pour bien **explorer les bases** : présence du **murmure vésiculaire** (diminué ? aboli ?) et de **bruits surajoutés** (crépitants et sibilants surtout, râles bronchiques, souffle tubaire, tout ce que vous savez reconnaître).

*Attention à la présence de bruits transmis, demander au patient de tousser pour essayer de s'en débarrasser puis réécouter.*

SOMMAIRE



## 10. Prise de la pression artérielle et valeurs normales

- **Brassard à tension** manuelle ou automatique

### **Prise manuelle**

11. Palper au pli du coude à la recherche de l'**artère brachiale** (antérieure et médiane, juste sous le tendon du biceps),
12. Placer la flèche du brassard (adapté aux mensurations du patient of course) bien en regard de cette artère et placer la tête du sthété dessus.
13. **Gonfler le brassard** à une pression raisonnable (genre 180 mmHg pour commencer),
14. **Relâcher la pression** pour descendre **lentement** 2 mmHg par 2 mmHg.

→ **Le premier chiffre** correspond au moment où on **entend le bruit** (attention, plus le cœur est lent, plus on perd en précision parce que le bruit survient à la fréquence des battements de cœur) ; au même moment, on peut voir la **flèche rebondir dans le quadrant**, la pression monte un peu dans le brassard au passage du sang à chaque systole.

→ **Le deuxième chiffre** correspond à la **disparition du bruit**, la flèche arrête de rebondir.

- Si le bruit est déjà présent au moment où on commence à dégonfler, il faut gonfler plus fort.
- Si on ne s'en sort pas en brachial, on peut déplacer le sthété (mais pas le brassard) plus bas au niveau des artères radiale ou ulnaire, le bruit doit s'entendre là aussi.

Valeurs considérées comme normales (d'après l'OMS) chez l'adulte :

- Au cabinet  $\leq 140/90$
- Sur auto-mesure au domicile  $\leq 135/85$  en moyenne
- Sur MAPA  $\leq 130/80$  en moyenne

Pas de consensus réel sur une valeur minimale, mais si la PAS est à 100 ou en-dessous, généralement on recherche des signes de choc (et après on décide ou non de s'inquiéter).



## 11. Examiner la thyroïde

### Inspection

- Recherche d'un **goître** visible cliniquement
- Recherche de **signes d'atteinte thyroïdienne généraux** (par exemple l'**exophtalmie** des Basedow qui est souvent asymétrique, des sueurs, une pâleur...).

### Palpation

- Patient assis sur une chaise, on se place derrière puis on pose les deux index au niveau du creux sus-sternal, entre les clavicules, en appuyant légèrement, et on demande d'avaler.
- On palpe normalement une petite masse molle mobile accolée à la trachée.

On **recherche une masse** de taille augmentée : on décrit

- la **texture** (dure ou molle),
- la **régularité** (nodules ?),
- mobilité/adhérence au plan profond,
- perception d'un **thrill** (comme au niveau des fistules artério-veineuses, témoigne d'une hypervascularisation).

### Auscultation :

On peut rechercher un **souffle** au niveau de la thyroïde qui attesterait d'une **hypervascularisation** (goître soufflant).

**Un goître homogène hypervasculaire évoque un Basedow.**



## 12. Examen des pouls

Etre **systematique** : de la tête aux pieds ou des pieds à la tête, de façon bilatérale.

On recherche surtout une **présence ou absence de pouls**.

Rester calme et patient car certains sont difficiles à trouver.

Attention à **ne pas utiliser son pouce** pour ne pas palper son propre pouls.

- **Pouls pédieux** : sur le dos du pied, à la base du premier métatarsien.
- **Pouls tibial postérieur** : en rétro malléolaire interne.
- **Pouls poplité** : genou légèrement fléchi, bien détendu (l'examineur porte le genou), appuyer avec le bout de l'ensemble des dix doigts et attendre quelques secondes sans bouger avant de le sentir (c'est un truc d'Hanslik).
- **Pouls fémoral** : surtout chez les nouveau-nés (à la recherche d'une absence/asymétrie), sous le ligament inguinal.
- **Pouls radial** : à la partie latérale/externe du poignet, entre les tendons
- **Pouls ulnaire** : à la partie médiale, plus interne, aussi entre les tendons (vraiment me demandez pas lesquels).
- **Pouls brachial** : pour la prise de tension, sous l'insertion distale du tendon du biceps, au pli du coude.
- **Pouls carotidien** : sous l'angle de la mâchoire, en avant du sterno-cléido-mastoiïdien, dans le creux du cou.
- **Pouls temporal** (pour le Horton) : au niveau du creux des tempes



## 13. Recherche des signes d'insuffisance cardiaque droite

### REFLUX DE SANG DANS LES VEINES CAVES.

A l'**interrogatoire**, on peut retrouver une **prise de poids récente** (en lien avec la formation d'œdèmes).

- **Œdèmes des membres inférieurs** : œdèmes blancs, mous, bilatéraux et symétriques, prenant le godet, non douloureux. Si le patient est allongé, œdèmes **déclives**, donc à rechercher dans les lombes, au niveau des paupières par exemple au réveil le matin.

- **Hépatomégalie** : à la palpation abdominale, foie mou.

- **Turgescence jugulaire** : au repos, en respiration normale, **tête de lit à 30°**, gonflement des veines jugulaires dans le cou.

- **Reflux hépato-jugulaire** : à 30°, appuyer sur le foie sous les côtes à droite, fort (c'est désagréable, mais il faut presser le foie comme une éponge pour en faire ressortir le sang), demander au patient de ne pas retenir sa respiration, attendre plusieurs secondes en guettant un gonflement des jugulaires.

- **Auscultation cardiaque** : **souffle** systolique tricuspide fonctionnel, parfois galop.

Comme l'insuffisance cardiaque droite est la première cause d'insuffisance cardiaque gauche, on trouvera aussi souvent des signes gauches, surtout à l'hôpital.

[SOMMAIRE](#)



## 14. Recherche des signes d'insuffisance cardiaque gauche

### A) Interrogatoire

- **Dyspnée** d'apparition progressive (à coter NYHA I pour deux étages à IV au moindre effort),
- **Orthopnée** (nombre d'oreillers pour dormir la nuit),
- Parfois une **toux** voire une **hémoptysie** (crachats rosés).

### B) Examen physique

- **Crépitants** des deux bases pulmonaires, bilatéraux, symétriques, avec matité à la percussion en regard.
- **Auscultation cardiaque** à la recherche d'une tachycardie, d'un souffle mitral (fonctionnel), galop.
- Déviation et étalement du **choc de pointe** (vers le bas et la gauche).
- *Dans les formes évoluées (souvent en réa), on a une tension basse et pincée.*

[SOMMAIRE](#)



## **15. Rechercher les réflexes ostéo-tendineux du membre inférieur et supérieur**

On recherche une **asymétrie**, une diminution/**abolition** ou au contraire une **vivacité**, ainsi qu'une **diffusion** (les autres muscles se contractent quand on tape au bon endroit), une **extension de la zone réflexogène** (le muscle concerné par la réflexe se contracte quand on tape à distance de la zone habituel, par exemple sur la partie externe du genou), des **réflexes polycinétiques**.

Pour être valide, un réflexe doit être retrouvé **plusieurs fois** d'affilé.

Parfois **des manœuvres de déconcentration** (parler, faire les marionnettes) sont nécessaires pour détourner l'attention du patient et le détendre.

### **A) Achilléen (S1)**

- Le plus simple c'est patient **agenouillé sur une chaise**, on **tape** au niveau du **tendon du triceps sural** (après avoir palpé pour s'assurer d'être au bon endroit).
- On observe pour rechercher une **contraction réflexe** du triceps sural.
- **Au lit** c'est galère, il faut **plier le genou vers l'extérieur** et **relever l'extrémité** d'une main en s'assurant qu'il reste bien décontracter, **et taper au même endroit**.

### **B) Rotulien (L4)**

- **Assis jambes pendantes** ou **patient au lit**, porter son genou en lui demandant de se détendre, palper pour **trouver le tendon rotulien** et **taper** avec un grand mouvement.
- Si au lit le patient ne se détend pas, lui demander **d'enfoncer fort le talon** dans le lit, ça aide un max. On observe à la recherche d'une **contraction du quadriceps**.

### **C) Bicipital (C5)**

- **Bien plus facile sans marteau**, juste avec les deux doigts utilisés d'habitude pour la percussion.
- **Main** du patient qui repose **sur les genoux** (assis) ou **sur le ventre** (couché), **coude plié**, on **pose un doigt au pli du coude** sur le **tendon du biceps** et on **tape** dessus à l'aide de l'autre main (*en + ça fait moins mal que le marteau, et ça marche à tous les coups ; enseigné par D'Escatha*).
- On observe pour rechercher une **contraction du biceps**.

### **D) Tricipital (C7)**

- On **porte le coude du patient** de manière à ce que **l'avant-bras pende dans le vide**, patient toujours bien décontracté.
- On tape au niveau du **creux derrière l'olécrâne** (pas dessus ça fait mal) et on observe à la recherche d'une contraction du **triceps brachial**.



### E) Cubito-pronateur (C8)

- Avant-bras et main bien détendus, posés sur la table, sur les genoux, sur le ventre, en légère pronation. On tape légèrement (avec les doigts c'est pas mal du coup) sur la styloïde radiale.
- Contraction du long supinateur au bord externe de l'avant-bras (flexion de l'avant-bras et souvent des doigts).

### F) Stylo-radial (C6)

*Idem*, mais percussion de la styloïde ulnaire.

- On obtient une pronation de la main et flexion des doigts.

*Ces deux derniers sont franchement galères à trouver, si vous avez un truc, hésitez pas.*

[SOMMAIRE](#)



## **16. Rechercher une hépatomégalie**

Se placer à **la droite** du patient, **ventre bien détendu** (au besoin faire plier les jambes).

Les deux mains l'une sur l'autre, on palpe en **partant de la fosse iliaque** pour **remonter vers l'hypochondre droit**, à la recherche d'une **grosse masse** qui s'étend depuis **sous les côtes vers le bas**, on **caractérise le bord** (dur, tranchant, irrégulier ou mou et homogène).

Cette masse est **mobile à l'inspiration**. On localise ainsi le bord inférieur du foie, qui **dépasse parfois de manière physiologique** (jusqu'à deux travers de doigts).

Ensuite, on **percute le thorax droit antérieur** à la recherche du bord supérieur. De cette manière, on va pouvoir **décrire la flèche hépatique** (projetée sur la ligne médio-claviculaire en général), distance maximale entre les deux bords du foie. **Distance pathologique** si **supérieure à 12 cm** (un peu moins de deux travers de main).

[SOMMAIRE](#)



## 17. Recherche et étiologie d'une splénomégalie

TOUJOURS À LA DROITE DU PATIENT (place pour l'examen abdo).

De la même manière que pour le foie, on part de la **fosse iliaque pour remonter vers l'hypochondre gauche**. On demande au patient d'inspirer profondément à plusieurs reprises.

La rate **ne doit pas dépasser** de sous les côtes normalement.

On recherche une **masse homogène** qui vient taper **contre les doigts** à l'**inspiration**, qui sous les côtes à gauche. On **mesure la taille de la masse** qui dépasse (à but de suivi).

**Quatre groupes étiologiques** principaux :

- Les **maladies hématologiques** : **néoplasiques** (lymphome, leucémies, syndromes myéloprolifératifs), **hémoglobinopathies** à l'origine d'une hémolyse chronique (donc drépanocytose)
- Les causes **d'hypertension portale** (alors associée à une circulation veineuse collatérale, une hépatomégalie...) : les **hépatopathies** toutes causes confondues et les **causes sus-hépatiques** (*Budd-Chiari*).
- Toutes sortes **d'infections** par **divers mécanismes** (EBV, endocardite, VIH, palu, tuberculose...)
- **Tumeurs** **bénignes** ou **malignes** non hématologiques, hématome.

[SOMMAIRE](#)



## 18. Rechercher un syndrome cérébelleux

Selon la **zone du cervelet atteinte** (vermis, hémisphères), on distingue **deux groupes d'atteinte cérébelleuse** :

- **Statique** (*vermis*)
- **Cinétique** (*hémisphères et/ou pédoncule cérébelleux supérieur*).

→ Retenir que la **fonction la plus primaire** correspond au **vermis** qui permet un **maintien de l'équilibre** (comme ça les poissons comme Dori restent bien droit dans l'eau, normalement). Souvent les deux sont associés cliniquement.

### **1) Statique (ataxie cérébelleuse)**

- Marche avec **instabilité**
  - **Élargissement du polygone** de sustentation (démarche **ébrieuse**)
  - Trouble de l'équilibre pieds joints avec une **danse des tendons** (identique yeux fermés et yeux ouverts car problème d'intégration et non de perception).
- ATTENTION, de fait, **épreuve de Romberg négative**.

### **2) Cinétique (troubles de la coordination, ipsilatéraux à la lésion si lésion unilatérale)**

- **Adiadococinésie** (marionnettes impossibles/très lentes, en lien avec une asynergie),
  - **Hypermétrie** avec crochetage à l'épreuve **doigt/nez** (correction en fin de course)
  - Difficultés/impossibilité à effectuer l'**épreuve talon/genou** au membre inférieur (zig-zag)
- Ne pas oublier de demander au patient d'effectuer les épreuves **le plus vite possible**.

+ En plus de ces signes, on peut rechercher une **dysarthrie**, un **tremblement d'action** et une **hypotonie** avec des **réflexes rotuliens pendulaires**.



## 19. Rechercher un syndrome méningé chez l'adulte

### A) Trois symptômes majeurs

- **Céphalées aiguës/subaiguës** (à différencier des céphalées chroniques et habituelles des migraineux) **intenses diffuses et en casque**,
- **Vomissements**
- **Photo-phonophobie.**

### B) Examen clinique

- Observer une éventuelle **attitude en chien de fusil** (membres inférieurs repliés, nuque en extension),
- Rechercher une **raideur de nuque** en manipulant la nuque (le menton doit pouvoir toucher le sternum).

Rechercher une fièvre éventuelle (qui influencera beaucoup les hypothèses diagnostique).

*Le **Kernig** (résistance douloureuse lorsqu'on tente d'étendre les jambes du patients) et le **Brudzinski** (flexion involontaire des jambes à la flexion de la nuque par l'examineur) nous ont été décrits comme plutôt des signes à rechercher chez l'enfant, mais le collègue de neurologie n'a pas l'air de marquer cette distinction.*

[SOMMAIRE](#)



## 20. Rechercher un syndrome vestibulaire

Atteinte soit le **long du trajet du nerf VIII** (alors associé à d'autres signes neurologiques), soit au **niveau du vestibule** et des **canaux semi-circulaires** dans **l'oreille interne**.

### A) **Symptômes**

- **Vertiges positionnels** (souvent rotatoires toujours dans le même sens), qui déclenchent des **nausées** voire des vomissements à la mobilisation
- **Instabilité à la marche** avec embardées toujours du même côté/marche impossible si vertiges majeurs (en lien avec des troubles de l'équilibre).

### B) **Examen clinique (tout dévie du côté lésé)**

- **Instabilité majorée** à la **fermeture des yeux** avec **chute/déviations de l'axe du corps**/déviations des index a minima **toujours du même côté**,
- **Nystagmus** d'un seul côté surtout dans les mouvements de poursuite
- Déviation lors de la **marche en étoile** ou de la marche de **Fukuda** (tourne en rond)

[SOMMAIRE](#)