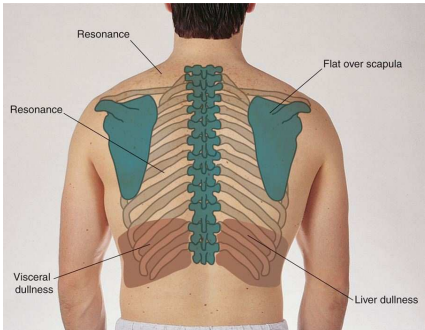


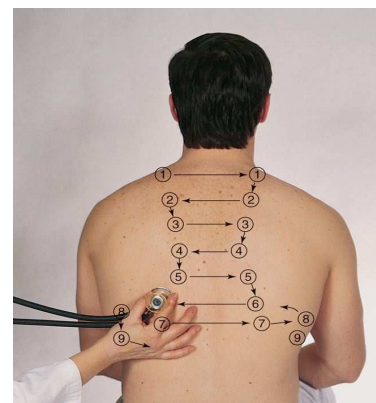
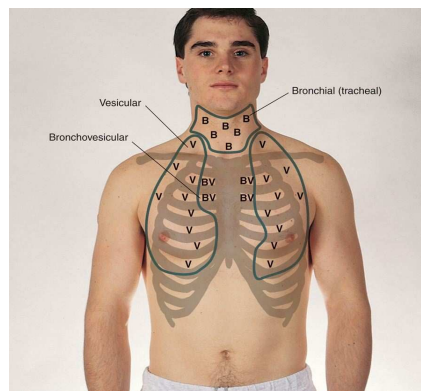
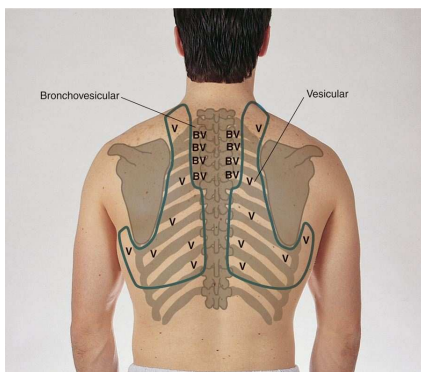
**L'EXAMEN DU THORAX ET DES POUMONS
HISTOIRE DE SANTÉ QUESTIONNAIRE**

| INSPECTION Brûlé, Cloutier 2002 p. 266 | | |
|---|--|---|
| Position allure générale | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarche, posture et stature <ul style="list-style-type: none"> ○ Position « tripode » ▪ Évidence de difficultés respiratoires <ul style="list-style-type: none"> ○ Cyanose (pourtour labial, ongles, etc.) ○ Pâleur ○ Tirage (sternal, sous-costal, ○ Dyspnée, apnée ▪ Lenteur dans les activités ▪ Change-t-il constamment de position? Incapable de bouger? ▪ Orientation dans les 3 sphères | <ul style="list-style-type: none"> ▪ MPOC ou BPOC ▪ D'origine diverse (cardiaque, respiratoire, neurologique, psychogène) ▪ Étourdissements, anxiété, faiblesse, irritabilité ▪ DPN, orthopnée, trépopnée, platypnée p. 261 ▪ Classe fonctionnelle p. 261 |
| Respiration | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fréquence, rythme, amplitude, mouvements, sons (FRAMS) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rythme ⇒ régulier, irrégulier, présence de pauses ▪ Amplitude ⇒ ▪ Symétrie des mouvements thoraciques ▪ Respiration lèvres pincées ▪ Bruits entendus à l'oreille <ul style="list-style-type: none"> ○ Stridor ? ○ Wheezing ? ○ Râles ▪ Réflexes de défense : Toux ▪ Expectorations | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Premier paramètre d'évaluation de l'état respiratoire ▪ Un côté du thorax par rapport à l'autre ▪ Asthme, BPOC emphysème ▪ Stridor : urgence obstruction ⇒ épiglottite, laryngite striduleuse, corps étranger ▪ Wheezing : inspiratoire ou expiratoire ⇒ inflammation bronches, sécrétions, obstruction ▪ Type de toux p. 264 ▪ Couleur, aspect, consistance, quantité p. 265 |
| Cou et peau du thorax | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fourchette sternale, position de la trachée ▪ Coloration (érythème, ecchymoses, pâleur etc.) ▪ Lésions/cicatrices ▪ Veines jugulaires dilatées ? ▪ Turgescence (normal < 2 sec.) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgies antérieures, traumatismes, lésions de grattage, ▪ Pétéchies (méningite ? embolie gazeuse ? etc.) ▪ Voir système tégumentaire ▪ Ictère ? |
| Aspect du thorax page 256 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forme du thorax ▪ Largeur du thorax ▪ Déviation ou courbure de la colonne vertébrale | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déformation du thorax influence les mouvements respiratoires ▪ Type de thorax, forme (Brûlé. Cloutier (2002) p. 256-257 ▪ Cyphose, scoliose |
| Ongles et doigts page 272 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hippocratisme digital « clubbing » p. 272 ▪ Épaisseurs, stries, coloration, lignes blanches etc. ▪ Retour capillaire N : < 2 secondes p. 267 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypoxie chronique d'origine respiratoire ou cardiaque ▪ ↑ dans les causes qui ⇒ ↓ de la perfusion tissulaire périphérique |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Partie antérieure</p> | <p>Repères osseux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manubrium et clavicule <ul style="list-style-type: none"> ○ Fourchette sternale en haut ▪ Angle de Louis ⇒ jonction manubrium et sternum <ul style="list-style-type: none"> ○ 2^{ème} espace intercostal (45°) ▪ Apophyse xiphoïde ⇒ pointe sternum ▪ Symétrie des côtes repos, lors d'inspiration /expiration ▪ Lignes de repères ⇒ <p>⇒</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Délimitation des lobes pulmonaires ▪ Séparation des bronches | <p>Tissus mous</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Susclaviculaire 2- 4 cm ⇒ apex des poumons ▪ Œdème des tissus, ecchymose etc. ▪ Division bronches antérieur ⇒ T4 dans le dos <p>▪ Noter asymétrie ou mouvements paradoxal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ligne médio-sternale ▪ Ligne médio-claviculaire droite et gauche |
| <p>Partie postérieure</p> | <p>Repères osseux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apophyse épineuse de C7 ▪ Entre T1 et T2 espace intercostal ⇒ Début poumons ▪ Espace intercostal entre T3 et T4 ▪ Pointe de l'omoplate ⇒ correspondance T7 ▪ T7 à T10 poumons ▪ T10 fin des côtes attachées ⇒ ▪ T11 - T12 côtes flottantes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Symétrie des côtes repos, lors d'inspiration /expiration ▪ Présence de cyphose, scoliose ▪ Lignes de repères <p>▪ Délimitation des lobes pulmonaires</p> | <p>Tissus mous</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Début tissus pulmonaire lobes supérieurs ▪ Fin des lobes supérieurs ▪ ▪ Mobilité pulmonaire inférieure ▪ Fin des lobes supérieurs ▪ Fin des lobes inférieurs en expiration forcée <p>▪ Expansion pulmonaire maximale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amplitude et symétrie des mouvements ▪ Ligne vertébrale ▪ Ligne médio-scapulaire, ▪ Ligne vertébrale |
| <p>PALPATION Brûlé, Cloutier 2002 p. 274 - 276</p> | | |
| <p>Thorax p. 273</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Symétrie des mouvements thoraciques <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation de l'amplitude antérieure ○ Évaluation de l'amplitude postérieure <p><u>Technique</u></p> <p>Mains ouvertes placées à la base thorax, les pouces se rejoignent au milieu, demander à la personne de prendre une grande inspiration, remarquer l'éloignement symétrique des pouces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Palpez tout le thorax en terminant par la zone douloureuse <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibilité ○ Masse ○ Fractures ○ Crépitements sous-cutané | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Musculaire, chondrosternale ▪ Tumeurs, excroissances ▪ Nombre de côtes, volet thoracique ▪ Emphysème sous-cutané |

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les ganglions lymphatiques (susclaviculaires et axillaires) ▪ Évaluez la trachée ⇒ Mobilité, ⇒ Présence de déviation? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumeurs, infection ▪ Pneumothorax sous tension, tumeur qui comprime |
| Thorax p. 273 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vibrations vocales « frémissements » <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire dire « 33 » au patient à voix haute ○ Placer les paumes de la main sur le thorax de façon bilatérale et comparer la transmission des vibrations de haut vers le bas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↓ ou absentes quand la voix est étouffée ou que la transmission des vibrations du larynx à la surface du thorax est gênée <ul style="list-style-type: none"> ○ Causes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstruction d'une bronche ▪ MPOC (BPOC) ▪ Épanchement pleural ▪ Fibrose pleurale ▪ Pneumothorax ▪ Tumeur infiltrante ▪ Paroi thoracique épaisse |
| PERCUSSION Brûlé, Cloutier 2002 p 277 | | |
| Antérieur et postérieur | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antérieur débiter sus-claviculaire ▪ Postérieur débiter entre T1 et T2 ▪ Espaces intercostaux en antérieur, postérieur et sur les 2 côtés ▪ Toujours comparer le côté gauche avec le côté droit ▪ Percutez en alternance <ul style="list-style-type: none"> ○ À la fin de l'inspiration ○ Durant l'expiration et identifiez les sons anormaux ▪ Noter et décrire les sons normaux <ul style="list-style-type: none"> ○ Matité <ul style="list-style-type: none"> ▪ au-dessus des muscles, ▪ au-dessus du cœur, ▪ du foie ou de toute autre consolidation ○ Sonorité parenchyme normal ○ Tympanisme au-dessus de l'estomac | <ul style="list-style-type: none"> ▪  |
| AUSCULTATION Brûlé, Cloutier 2002 p. 279 | | |
| Auscouter une respiration complète avec le diaphragme du stéthoscope (inspiration-expiration) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sites IDEM à la percussion ▪ Procéder de haut en bas, en alternance ▪ Position couchée plus facile pour ausculter en antérieur ▪ Position assise, bras croisés pour ausculter <ul style="list-style-type: none"> ○ En postérieur ○ 2 côtés (7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} EIC) ▪ Identifier les bruits respiratoires selon le site normal entendu <ul style="list-style-type: none"> ○ Souffle trachéal au dessus de la trachée très fort et haute tonalité ○ Souffle bronchique | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dégage les espaces vertébraux ▪ Un bruit qui est entendu ailleurs, sur le parenchyme pulmonaire, autre qu'au site normal s'appelle un « BBA » (bruits bronchiques anormaux) et relève de la pathologie |

| | | |
|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Souffle broncho-vésiculaire ▪ Murmure vésiculaire bruit normal du parenchyme pulmonaire plus doux en périphérie plus long en inspiration. Résulte de la turbulence dans les bronchioles terminales. | |
| Bruits surajoutés (adventices) p.283 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Crépitements (bruits discontinus) ▪ Bruits continus <ul style="list-style-type: none"> ○ Ronchi ○ Sibilances Wheezing (sans stéthoscope) ▪ Bruits de transmission sonores (33) normalement les sons transmis au travers de la cage thoracique sont assourdis et vagues | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liquide dans les alvéoles ▪ Grosses sécrétions ▪ Spasmes bronches (asthme) |
| Bruits extra-pulmonaires (p.286) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frottement pleural ▪ Stridor (urgence) (entendu sans stéthoscope) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pleurésie ▪ Laryngite striduleuse, faux croup, épiglottite |
| Bruits vocaux p. 288- 289 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normalement Transmission vocale ↓ ▪ Transmission vocales ↑ (anormale) <ul style="list-style-type: none"> ○ Égophonie (E ⇒ Aie) ○ Pectoriloquie aphone (voix chuchotée « 33 ») ○ Bronchophonie (« 33 ») | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmission vocale ↑ <ul style="list-style-type: none"> ○ Condensation pulmonaire, ou à une région où l'air ne peut pas pénétrer ex. atelectasie |



(Jarvis, Carolyn. *Physical Examination and Health Assessment, 5th Edition*. Saunders Book Company, 10-2007.).