

D. VITAL DURAND, H. DEVILLIERS

Consultations médicales

Interrogatoire et orientations diagnostiques

Q. BESSET, H. DEVILLIERS, C. LE JEUNNE,
G. MULLER, T. ROGIER, D. VITAL DURAND

2^e édition

MALOINE
www.maloine.fr
2024

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5 2e et 3e alinéas, d'une part, que les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans le but d'exemple ou d'illustration, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (article L. 122-4 du Code de la propriété intellectuelle).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du CPI.

Tous droits de reproduction, d'adaptation et de traduction réservés pour tous pays.

© 2024, Éditions Maloine – 23, rue de l'École-de-Médecine 75006 Paris, France

Dépôt légal : juillet 2024 – ISBN : 978-2-224-03701-7

Achévé d'imprimer en France en juillet 2024 par Sepec Numérique

Sommaire

A bréviations, acronymes et sigles.....	VII
P réface	IX
Acouphènes	1
Adénopathies.....	5
Agitation aiguë chez un sujet âgé.....	9
Amaigrissement.....	13
Anémie microcytaire.....	17
Angine ou amygdalite aiguë.....	21
Aphose buccale.....	25
Asthénie chronique	29
Baisse de l'audition	33
Baisse rapide de l'acuité visuelle.....	37
Brûlures œsophagiennes.....	41
Brûlures urinaires chez la femme.....	45
Brûlures urinaires chez l'homme.....	49
Céphalées chroniques.....	53
Coliques hépatiques.....	57
Coliques néphrétiques.....	61
Constipation.....	65
Crampes musculaires.....	69
Crise d'angoisse.....	73
Diarrhée aiguë chez l'adulte.....	77
Douleur thoracique aiguë.....	81
Douleurs abdominales aiguës.....	85
Douleurs diffuses.....	89
Dyspnée	93
Dysurie chez l'homme.....	97
Épistaxis.....	101
Érythème noueux.....	105

Exanthème fébrile de l'adulte	109
Fièvre aiguë	113
Hématurie macroscopique	117
Hirsutisme	121
Hoquet persistant chez l'adulte	125
Impuissance sexuelle ou dysfonction érectile	129
Infection urinaire chez un homme	133
Insomnie	137
Jaunisse	141
Lésions érosives génitales chez l'homme	145
Lombalgie aiguë	149
Malnutrition et carences chez l'adulte	153
Œdèmes des membres inférieurs	157
Œil rouge et douloureux	161
Otite aiguë	165
Palpitations	169
Perte de cheveux chez la femme	173
Perte de connaissance chez l'adulte	177
Phénomène de Raynaud	181
Polyarthralgies	185
Prurit	189
Purpura	193
Rhinite chronique	197
Sécheresse buccale	201
Sécheresse oculaire	205
Thrombose veineuse profonde d'un membre inférieur	209
Toux persistante	213
Tremblements	217
Troubles de la marche et de l'équilibre	221
Ulcère de jambe	225
Urticaire	229
Vertige	233
Vomissements chez l'adulte	237
Index	241

Abréviations, acronymes et sigles

Ac: anticorps
ACPA: analyse chromosomique sur puce à ADN
ADN: acide désoxyribonucléique
ALAT: alanine aminotransférase
Anticorps anti-CCP: anticorps anti-peptides cycliques citrullinés
ASAT: aspartate aminotransférase
ClCr: clairance de la créatinine
CMV: cytomégalovirus
CPK: créatine phosphokinase
CRP: *C-Reactive Protein*
EBV: Epstein-Barr Virus
ECBU: examen cyto bactériologique des urines
ECG: électrocardiogramme
HAS: Haute autorité de santé
IgA: immunoglobuline A
IMC: indice de masse corporelle
IST: infection sexuellement transmissible
MMSE: *Mini Mental State Examination*
MNI Test: mononucléose infectieuse test
N: normal(e)
NFS: numération-formule sanguine
OMS: Organisation mondiale de la santé
PA: pression artérielle
PCR: *Polymerase Chain Reaction*
PSA: *Prostate Specific Antigen*
TDM: tomodensitométrie
TPHA: *Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay*
TROD: test rapide d'orientation diagnostique
TSH: *Thyroid-Stimulating Hormone*
VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*
VHB: virus de l'hépatite B
VHC: virus de l'hépatite C
VIH: virus de l'immunodéficience humaine
VS: vitesse de sédimentation

Préface

Le premier contact d'un malade avec un médecin s'effectue habituellement dans le cadre d'une consultation. À l'heure d'une médecine de plus en plus technique où la réalisation d'examens sophistiqués apparaît souvent comme un gage de performance, cette première consultation constitue pourtant l'étape primordiale d'une prise en charge de qualité et ce pour plusieurs raisons.

- Une écoute attentive, un interrogatoire orienté et un examen clinique soigneux permettent d'effectuer un diagnostic de haute probabilité dans une grande majorité de situations cliniques. Parfois, un signe spécifique établit à lui seul une maladie précise (par exemple induration douloureuse d'une artère temporale dans la maladie de Horton ou constatation d'un tophus goutteux lors d'une poussée d'arthrite).
- La justification des examens complémentaires éventuellement nécessaires et leur interprétation rationnelle nécessitent la formulation préalable d'une ou de plusieurs hypothèses diagnostiques et une estimation de leur probabilité chez le malade consultant (en fonction de l'environnement et de ses propres facteurs de risque).

Cet ouvrage de « **consultations médicales** » rédigé par des médecins internistes propose aux professionnels de santé, étudiants ou en exercice, **60 situations cliniques ou situations de départ** à partir d'un cas concret. Sont développés ensuite :

- les questions clés de l'interrogatoire ;
- les points essentiels de l'examen clinique ;
- puis les hypothèses diagnostiques principales et les examens complémentaires de première intention correspondants.

Naturellement, ce précis ne prétend pas être exhaustif tant les maladies sont nombreuses et leurs présentations variées. Cependant, l'expérience montre que la possession d'un socle de connaissances rigoureux constitue le cœur d'une pratique médicale compétente. Puisse ce travail être utile à tous ceux qui cherchent à décrypter les plaintes des malades.

Professeur Denis VITAL DURAND
Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Lyon

Acouphènes

Situation clinique de départ

Monsieur A., 66 ans, consulte car il entend un bruit bizarre dans son oreille droite. Ce bruit, d'évolution capricieuse, est apparu depuis un mois environ sous forme d'un bourdonnement qu'il perçoit surtout lorsqu'il est au repos ou dans son lit alors qu'il s'atténue durant ses activités diurnes. Retraité depuis trois ans d'une usine du canton, il se trouve en bonne forme pour son âge mais il est inquiet de ce bourdonnement et redoute de développer un caillot cérébral comme son père. Vous le suivez depuis longtemps pour une hypertension artérielle correctement contrôlée par aténolol 100 mg/jour et pour une hypertrophie bénigne de la prostate traitée par alfuzoline 2,5 mg matin et soir. Il pèse 85 kg pour 1,68 m (IMC = 30). Vous soupçonnez le diagnostic d'acouphènes.

Interrogatoire: les questions clés

Les acouphènes correspondent à la perception erronée d'un son sans stimulation acoustique externe. Unilatéraux ou bilatéraux, le plus souvent en relation avec une surdité de perception cochléaire, ils nécessitent toutefois d'écartier une pathologie ORL ou neurologique.

- Depuis combien de temps ce bruit anormal est-il apparu?
- Semble-t-il localisé à une oreille?
- A-t-il débuté brutalement ou progressivement?
- Le patient a-t-il identifié un facteur déclenchant initial: traumatisme sonore, épisode infectieux, période d'anxiété liée à telle ou telle difficulté?
- Est-ce la première fois que ce trouble se manifeste ou le patient l'a-t-il déjà ressenti à une ou plusieurs occasions?
- Le patient a-t-il remarqué une altération de son audition ou au contraire une hypersensibilité aux bruits? Du même côté ou de façon globale?

- Son activité professionnelle s'exerçait-elle dans une ambiance bruyante (bruit de fond d'usine ou matériel personnel sans casque de protection)?
- Recherche d'un traumatisme sonore ancien (explosion) ou d'activités de loisirs bruyantes (chasse, voitures de sport, etc.)?
- Le patient ressent-il des douleurs de l'oreille?
- A-t-il constaté un écoulement?
- A-t-il des antécédents d'otites ou de perforations tympaniques, d'amygdalites, de rhinopharyngites?
- A-t-il ressenti un ou des épisodes de vertiges?
- Y a-t-il d'autres manifestations notables: céphalées, fièvre, nausées, voire vomissements?
- Recherche de prises anciennes ou récentes de médicaments possible-ment ototoxiques: aminosides, macrolides, vancomycine, furosémide, gouttes auriculaires.
- Recherche de facteurs de risque cardiovasculaire, de manifestations artériopathiques, d'un diabète, d'une dysthyroïdie.
- Y a-t-il des troubles auditifs dans la famille? Otospongiose à composante génétique ou autres?
- Évaluer le retentissement de ce trouble sur la qualité de vie du patient (anxiété importante, troubles du sommeil, difficultés de concentration, manifestations dépressives).

Examen clinique: les points essentiels

- **L'examen de la région auriculaire doit être minutieux:**
 - le pavillon: traces de traumatisme; hématome; inflammation (pavillon rouge, tuméfié, effacement des reliefs, douleur intense);
 - le conduit auditif externe: recherche d'un bouchon de cérumen +/- obli-térant (baisse de l'acuité auditive); d'une inflammation douloureuse et diffuse du conduit auditif; d'un furoncle;
 - le tympan: une otoscopie soigneuse à la recherche d'une inflammation, d'un bombement voire d'une perforation spontanée.
- **Évaluer sommairement l'acuité auditive** de façon bilatérale (voix chuchotée).
- Examiner la région péri-auriculaire: parotide, articulation temporo-mandibulaire, région mastoïdienne.

- **Examiner la bouche** (recherche d'aphtes), le **pharynx** (recherche d'une amygdalite) et la **dentition** (douleur provoquée d'une dent, otalgie réflexe, etc.).
- Pratiquer un **examen général** : recherche d'adénopathies, d'anomalies cutanéomuqueuses, palpation thyroïdienne, tension artérielle, auscultation cardiaque et recherche de souffles cervicaux, pouls périphériques, auscultation pulmonaire, examen neurologique (paires crâniennes).
- Contrôler la température corporelle et le poids si doute sur une altération de l'état général.
- **Bandelette urinaire** : glucose, sang, protéines, leucocytes, nitrites, pH.

Hypothèses diagnostiques et examens complémentaires de 1^{re} intention

Un **examen otoscopique**, réalisé d'emblée, peut révéler un bouchon de cérumen ou un corps étranger du conduit auditif.

Dans les autres cas, un **examen spécialisé par un oto-rhino-laryngologiste** avec audiométrie est nécessaire, en particulier si le symptôme s'accroît ou se chronicise, ou s'il existe des manifestations associées :

- une otite chronique de l'oreille moyenne ou un cholestéatome peuvent être mis en évidence ;
- une otospongiose correspond à une dégénérescence des osselets de l'oreille moyenne responsable d'une surdité progressive (souvent bilatérale mais qui peut prédominer d'un côté) et parfois d'acouphènes ;
- la maladie de Ménière, due à une augmentation de la pression labyrinthique, est à l'origine de crises vertigineuses mais également d'une perte d'acuité auditive et d'acouphènes ;
- rarement une lésion rétro-cochléaire (neurinome de l'acoustique), une atteinte du nerf auditif ou de l'oreille interne peuvent être mises en évidence (médicaments ototoxiques par exemple).

Adénopathies

Situation clinique de départ

Mademoiselle X., 34 ans, consulte car elle trouve que son reflet dans le miroir a changé. Elle se dit gênée par une « boule » au niveau cervical dont elle pense que c'est un ganglion. Elle l'avait déjà remarqué depuis plusieurs semaines, mais sa persistance et son augmentation de taille l'inquiètent. Elle se plaint également de bouffées de chaleur nocturnes avec des accès de transpiration. Sans antécédent médical notable, elle poursuit une contraception œstroprogestative (éthinyloestradiol 30 µg/lévonorgestrel 150 µg) bien tolérée. Responsable administrative et financière au sein d'une structure sociale de 15 employés, elle ressent de la difficulté ces derniers temps pour être efficace à son travail. Son poids est de 50 kg pour 1,68 m (IMC = 17,7) et semble stable.

Interrogatoire: les questions clés

Une polyadénopathie aiguë oriente vers une pathologie infectieuse générale alors qu'un ganglion unique fait rechercher en premier lieu une cause locale dans le territoire de drainage correspondant.

- Le patient a-t-il remarqué d'autres ganglions ailleurs durant sa toilette ?
- Y a-t-il eu des blessures locales récentes : piqûre, coupure, morsure, traumatisme ?
- Existe-t-il des symptômes dans le territoire local de drainage : douleur, inflammation, plaie ?
- Y a-t-il des symptômes évocateurs d'une pathologie générale : fatigue marquée, anorexie, amaigrissement, accès de fièvre, arthromyalgies, sueurs nocturnes ?
- Y a-t-il des facteurs de risques néoplasiques : éthylisme, tabagisme, antécédents personnels ou familiaux ?

- Y a-t-il des symptômes d'organes suspects : dysphagie, toux chronique, douleur thoracique ou abdominale, hémoptysie, troubles digestifs ou saignement, hématurie, etc. ?
- Y a-t-il des contacts professionnels ou de loisirs avec des animaux : chat (bartonellose, toxoplasmose), chien (pasteurellose), lièvre (tularémie), rat (leptospirose), abattoirs (rouget du porc) ?
- Recherche de conduites sexuelles à risque : homosexualité masculine, partenaires multiples, prostitution (préciser si possible la date d'un éventuel contagé).
- Recherche de prises médicamenteuses susceptibles d'induire des adénopathies : phénytoïne, carbamazépine, allopurinol, méthyldopa, vaccination (BCG, Covid-19).
- Quel est le statut vaccinal vis-à-vis de la rougeole et de la rubéole ?

Examen clinique : les points essentiels

- **Palper l'adénopathie et rechercher une porte d'entrée**
 - Un ganglion < 1 cm, de consistance molle, non adhérent au plan profond est plutôt en faveur d'une pathologie bénigne.
 - Un ganglion douloureux est souvent satellite d'une infection.
 - Un ganglion dur et fixé est suspect d'une néoplasie à rechercher selon le territoire : cervical (ORL), sus-claviculaire (digestif), axillaire (sein), inguinal (testicule, canal anal, vessie, col utérin).
- Palpation soigneuse des autres aires lymphoïdes et recherche d'une hépatomégalie et/ou d'une splénomégalie.
- Rechercher une porte d'entrée infectieuse dans les aires de drainage : amygdalite, otite, plaie, infection cutanée ou muqueuse, intertrigo, lésions de grattage, etc.
- **Évoquer les diagnostics différentiels d'une adénopathie selon la localisation**
 - Cervical : lipome, nodule thyroïdien (mobile à la déglutition), glande salivaire, kyste branchial.
 - Axillaire : kyste sébacé, tuméfaction costale.
 - Inguinal : hernie +/- réductible, anévrisme vasculaire (pulsatile).
 - Poplité : kyste synovial.
- **Examen général** : cutané (éruptions, purpura, pâleur, érythème noueux, roséole, syphilides papuleuses) ; muqueux (ulcérations buccales ou pharyngées, aphtes), cardiovasculaire (souffles), respiratoire (foyer de crépitations),

palpation abdominale (hépatomégalie, masse profonde), examen génital (chancres de la verge, palpation testiculaire, ulcérations vaginales ou des lèvres).

- Contrôler la température corporelle si doute.
- Bandelette urinaire : protéinurie, hématurie, glycosurie, leucocytes, pH.

Hypothèses diagnostiques et examens complémentaires de 1^{re} intention

- Si le diagnostic étiologique est établi (adénopathie cervicale et angine ; adénopathie inguinale et plaie du membre, etc.), aucun examen n'est indispensable. Il faut s'assurer que l'adénopathie régresse à distance de l'épisode aigu.
- **Une polyadénopathie aiguë +/- fébrile** doit faire rechercher une cause virale ou bactérienne selon la présentation et les facteurs de risque : *Epstein-Barr Virus* (angine fébrile chez l'adulte jeune), *Cytomégalovirus* (fièvre, myalgies ; danger chez la femme enceinte), *VIH* (+/- infections opportunistes), *Bartonella* (maladie des griffes du chat, sérologie). Une numération-formule sanguine peut révéler un syndrome mononucléosique qui oriente vers EBV, VIH, toxoplasmose, rubéole, CMV.
- **Une adénopathie inguinale associée à un chancre génital** induré et indolore doit évoquer en premier lieu la syphilis [TPHA et VDRL (+) 7 à 10 jours après le chancre]. Le diagnostic d'une infection sexuellement transmissible impose la recherche d'autres infections associées : VIH, hépatites B et C, gonococcie, infection à chlamydia, infection à mycoplasmes.
- **Une adénopathie apparemment isolée** peut nécessiter une échographie pour confirmer le diagnostic.
 - **Si suspicion de maladie dysimmunitaire** : numération-formule sanguine (anémie, lymphopénie, thrombopénie), électrophorèse des protéines plasmatiques, enzyme de conversion de l'angiotensine + radiographie thoracique (sarcoïdose), anticorps antinucléaires (lupus, syndrome de Gougerot-Sjögren).
 - **Une adénopathie cervicale chronique** doit évoquer une tuberculose (radiographie thoracique, intradermoréaction à la tuberculine). Une ponction ou une biopsie avec mise en culture sur milieu spécifique confirme le diagnostic.
 - **Une adénopathie unique ou une polyadénopathie avec une altération de l'état général** doivent faire rechercher :
 - **une hémopathie** : numération-formule sanguine, électrophorèse des protéines plasmatiques, immunophénotypage des lymphocytes circulants

et biopsie-exérèse en milieu spécialisé pour effectuer un diagnostic histologique précis et des marquages immunologiques ;

- *une métastase d'un cancer* connu ou inconnu dont la recherche dépend de la localisation (cf. ci-dessus).
- ***Dans tous les cas, une adénopathie persistante > 1 mois*** et d'origine indéterminée chez l'adulte impose une analyse histologique et bactériologique après biopsie exérèse.

Agitation aiguë chez un sujet âgé*

Situation clinique de départ

La fille de monsieur M., 78 ans, vous appelle car son père présente depuis ce matin un état d'agitation croissant. Habituellement calme, il a commencé à déambuler sans cesse et sans raison apparente, n'exprimant aucune souffrance. Mais, incapable de répondre clairement aux questions posées, il poursuit des activités désordonnées avec quelques manifestations de colère et même d'agressivité. Il ne reconnaît pas ses proches, ses paroles sont incohérentes et il semble désorienté. Il poursuit un traitement pour des troubles urinaires et présente depuis quelques jours une infection respiratoire traitée par antibiotiques. Sa fille semble très inquiète qu'il puisse commettre un acte violent et souhaite une visite en urgence si possible.

Interrogatoire : les questions clés

Une confusion aiguë doit être évoquée quand une personne présente un changement rapide de son comportement habituel. Il est nécessaire de rechercher :

- une perturbation de la conscience (orientation temporo-spatiale ; identification de proches ou de personnalités connues, etc.) ;
- un trouble de l'attention (les questions doivent être répétées, le patient est facilement distrait, etc.) ;
- des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, discours décousu, voire incohérent) ;
- un trouble de la vigilance (obnubilation, perturbation du cycle veille/sommeil) ;

* Cf. recommandations HAS.

– des troubles psychiatriques (interprétation erronée des perceptions, hallucinations, persécution).

Ces symptômes peuvent générer une grande anxiété et une agitation. Le début brutal ou rapidement progressif et la fluctuation des symptômes dans la journée avec une recrudescence vespérale sont caractéristiques.

- Rechercher les antécédents médicaux et en particulier les facteurs prédisposants : immobilisation, contention physique, déficit sensoriel, dénutrition, antécédents de confusion (postopératoire par exemple).
- Recherche d'antécédents psychiatriques : troubles de l'humeur (état dépressif, trouble bipolaire), troubles du caractère, accès psychotiques.
- Rechercher la présence préalable d'une détérioration des fonctions supérieures, voire d'une maladie d'Alzheimer établie, qui constitue un facteur de risque de confusion aiguë.
- Analyse des ordonnances et des médicaments pris récemment qui peuvent être à l'origine de l'épisode actuel, en particulier les anticholinergiques (antiparkinsoniens, antidépresseurs imipraminiques, phénothiazines et apparentés, antispasmodiques, antihistaminiques, bronchodilatateurs) mais aussi antalgiques opiacés (tramadol, etc.), fluoroquinolones, corticoïdes, etc. Bien revoir les effets indésirables de tous les médicaments ! Rechercher une possible erreur d'administration.
- Recherche d'autres facteurs déclenchants : infection, accident cardiovasculaire, trouble métabolique à évoquer en fonction des circonstances et des traitements (hypoglycémie, hyponatrémie, déshydratation, hypercalcémie, décompensation respiratoire ou cardiaque, insuffisance rénale aiguë, etc.).
- Recherche d'un éventuel traumatisme (chute).
- Recherche de manifestations douloureuses : abdominales, membres, céphalées.
- De quand date la dernière miction (recherche de rétention urinaire), la dernière élimination fécale (recherche de fécalome) ?
- Recherche d'une intoxication alcoolique (consommation excessive ou *delirium tremens* si sevrage brutal).
- Enfin recherche de contre-indications aux sédatifs ou aux neuroleptiques qui pourront être prescrits : agonistes dopaminergiques, comme l'amantadine, la bromocriptine, le lisuride, le piribédil, le ropinirole, la cabergoline, le pramipexole, l'apomorphine (antagonisme réciproque de l'agoniste dopaminergique et des neuroleptiques), sauf lévodopa chez le patient parkinsonien.

Examen clinique : les points essentiels

Un patient agité peut être dangereux; il doit être rassuré et mis au calme sans rester seul. Le soignant doit rester calme et ne prendre aucun risque. Une écoute et un dialogue empathiques doivent être privilégiés.

- **Recherche de signes en faveur d'un facteur déclenchant organique** (ci-dessus):
 - contrôle de température (++) , auscultation pulmonaire : infection respiratoire, ORL, urinaire (bandelette si possible);
 - examen cardiaque : anomalie tensionnelle (hyper- ou hypotension), trouble du rythme, tachycardie, œdèmes, crépitations des bases, etc.;
 - examen neurologique : déficit moteur, asymétrie du visage, etc.;
 - examen abdominal : distension, douleur provoquée, recherche de hernie étranglée, recherche d'un globe vésical (++) ou d'un fécalome (toucher rectal);
 - recherche d'hématomes (chute), de points douloureux, etc.
- Dès que l'état le permet, **réalisation d'un score MMSE** (évaluation du statut mental de base : orientation dans le temps, dans l'espace, rappel de mots immédiat et différé, calcul, langage).

Hypothèses diagnostiques et examens complémentaires de 1^{re} intention

- **La responsabilité probable d'un médicament** (cf. ci-dessus) impose une réflexion sur une interruption thérapeutique (non toujours souhaitable), une réduction posologique ou l'administration par une tierce personne en cas d'erreurs (prescription d'une infirmière à domicile).
- **Une anomalie décelée à l'examen clinique** (urinaire, cardiovasculaire, infectieuse, etc.) nécessite une prise en charge spécifique.
- **En l'absence de diagnostic étiologique** et parfois en complément d'un diagnostic précédent, un bilan complémentaire est destiné à rechercher les causes les plus fréquentes de confusion :
 - au lit du malade : glycémie capillaire, saturation en O₂, ECG, bandelette urinaire (leucocytes, nitrites);
 - au laboratoire : CRP, hémogramme, ionogramme sanguin (hyponatrémie), créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine, calcémie.
- **Une tomodensitométrie cérébrale (TDM)** est recommandée systématiquement en urgence en cas de traumatisme crânien même mineur, de signes de localisation neurologique, de suspicion d'hémorragie méningée.