

Sémiologie

I def

étude des signes en médecine

signe = pt fondamental, permet de remonter au diagnostic.

II la consultation médicale.

acte de médecine, rémunération à l'acte, contrat entre médecin et malade.

A. les renseignements analytiques.

nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance (population & maladies, ex: luxation congénitale de l'hanche en Bretagne et Auvergne), profession (exemple particulier: retraité, 10% des cancers dus à la profession, passer à réactualiser les données), lieu d'habitation (normandie: + de cancer d'œsophage).

B. les antécédents

3 parties:

- médicaux

maladies infantiles (si immunogènes, on ne refait pas la même, permet élimination).

- chirurgicaux

ex: appendicite, ou traumatique (accident route).

- hospitaliers (peu importants)

3 particuliers:

- antécédent BK :

tuberculose, car la maladie revient.

- antécédent d'allergie au sens large.

asthme, eczéma, allergies alimentaires, oculaires...

- antus types: familiaux et personnels.

maladies héréditaires de famille, pour anciens, collatéraux et descendants.

allergies médicamenteuses: à la pénicilline, la + fréquente, risque vital.

C. habitudes toxiques et facteurs de risque cardiovasculaire FRCV

→ alcool: Fr 21 l/hab/an

record mondial, et on sous-estime la consommation, car les gens minimisent toujours.

alcool, tabac, drogue.

→ drogue: les gens minimisent pas forcément.

facteur de risque CV: élément fondamental des derniers 30 ans.

facteur de risque: élément qui va prédisposer une population à une pathologie.

de pays développés, FRCV important.

→ le 1^{er}: tabac, le risque ↑ proportionnellement à la consommation. le risque ne diminue pas.

→ alcool: n'est pas le FRCV.

→ hypercholestérolémie: valeur seuil au dessus de laquelle il y a un seuil. problème de normalisation

→ hypertension artérielle: à partir de 160/95 mmHg avant 60. à 60 ans, les chiffres de tension montent avec l'âge. à 80 ans, 180/... sinon perte de

mémoire et de connaissance si la tension n'est pas assez forte.

→ le diabète, mesure de la glycémie à jeun
diabète si glycémie $> 1,40$ g/l.

si $1,20$, intolérance au sucre, mais pas diabétique.

→ stress ? , pas un facteur déterminant.

→ diabète ? , facteur indirect, pts cardiaques parce que gras et que le cœur travaille + , sont souvent diabétiques.

D. histoire actuelle HA.

= histoire du patient

est-il venu de lui-même ou envoyé par quelqu'un ?

si il est envoyé, il est accompagné et accompagnement me laisser le patient s'exprimer, et lui faire préciser ses dires, raconter le malade. emploi et compréhension des mots à l'ord.

prendre son temps.

Fr : moyenne de 12 min pour la consultation

si grand âge, se faire rapidement.

les malades venant, ne insistez sur ce qui l'a fait revenir, si changement, interroger de +.

Signes fonctionnels SF : signes qui amènent le malade à consulter ex: maux de ventre, O.C, etc...

↳ signes subjectifs, peut rien avoir, parfois le signe est caché.

Signes généraux SG : pas de spécificité, peuvent être quantifiables, donne un reflet de l'état global du malade ex: tension artérielle, poids, fréquence cardiaque, taille, à 65 ans, on pèse 1 cm / an

variations jusqu'à 2cm / s à cause de l'hydratation
la taille d'un sujet varie normalement. fréquence
respiratoire.

température 37°C la norme pour les hommes.

36,8°C première partie cycle, 37,1°C pour la seconde
pour les femmes.

la température est physiologique, mort = 0°C
la fièvre est pathologique > 37,5°C.

autres signes, pour l'hôpital: diurèse = volume
d'urine émis par s.

la reprise du transit intestinal (1^{re} fois au WC
après une anesthésie).

la classification n'est pas rigide. fièvre = SF et/ou SG.

Signes Physiques SP

signes obtenus par l'examen, appartient globalement au
médecin. recueillis lors d'un examen. grâce aux 5 sens:
vue, ouïe, toucher (les 3+ importants), odorat (certains
maladies), goût (diabète sucré, diabète insulino-dépendant).

vue: dès l'entrée du malade.

ouïe: auscultation, écoute, ne pas confondre auscultation
et consultation.

toucher: palpation.

auscultation cardiaque: FC, bruit des valvules, murmure,
perussion. voir si murmure plein et creux ou d'air ou de
sang.

travail réalisé en totalité, au appareil par appareil
selon "habitudes"

"on découpe le malade": dû à la structure des études

Signes Vitaux SV

signes qui engagent la vie du malade.

tension (bas), pouls (40), fréquence respiratoire (2/min)
→ très mauvais.

si la température est de 38°C : chances de s'en sortir.

donner l'état global du malade pour SAMU.

III examen clinique.

IV conclusion

établir un diagnostic.

seule préoccupation du malade : grave ou pas ?

ne expliquer avec les mots du malade, ne être compris par le malade.

dire la vérité au malade ? respecter l'angoisse du malade.

si le diagnostic pas fait, recours à un avis spécialisé.

douleur abdominale, douleur digestive → spécialiste mais peut être un pb cardiaque. ne l'envoyer au bon spécialiste.

parfois amené à faire :

↳ examens paracliniques, biochimiques.

+ de 50% de gens qui viennent consulter n'ont pas de pb organiques.

différence maladie fonctionnel/organique.

organique : dysfonctionnement détectable et mesurable d'un organe, mesure objective.

fonctionnel : Hs les examens sont négatifs, souffrent réellement au niveau psychologique "ils somatisent".

en médecine réelle, 70% → 50% vivent cliniquement

↳ ne déterminer le profil psychologique du malade.

II examens paracliniques.

↑ depuis ces derniers années.

avec hiérarchisés : du + simple au + compliqué, du - au + onéreux, du - au + spécialisé.

se demander s'il sert, et quelles sont les conséquences.

examen simple : le scanner, mais très difficile à réaliser.

A. imagerie

= manipulation informatique.

1) radiologie sans contraste artificiel.

fondée sur une différence d'épaisseur des RX, ce qui retient le moins (air) le plus (os, métal).

différence de densité spontanée (sans contraste) ou artificielle (avec).

ici ; ce qui arrête le + : os, le - : poumons.

sujet qui rentre à l'hôpital à 2 heures : BE + ^{RP}
(radio pulmonaire) systématique.

sur 1000 RP, 40 étaient pathologiques → inutile.

a) radio simple

RP + ASP : abdomen sans préparation (fractures).

b) tomographie

fondée sur un plan de coupe du malade par diverses techniques. → depuis le scanner.

c) le scanner en tomodensitométrie TDM.

plan de coupe H ou V, étudié pt par pt les densités du malade et reconstitué sur ordinateur à partir de données connues.

avec traitement informatique avec ou sans contraste.

e) avec contraste artificiel

avec si organe creux, introduire contraste.

en pratique contrastant vasculaire = iode au dérivé.

possible allergie à l'iode, aussi, et même plus, beaucoup d'examen peuvent entraîner des maladies thyroïdiennes paroxys.

angiographie (angio = vaisseau).

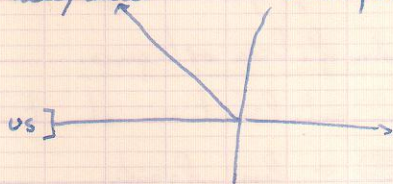
UV : urographie intraveineuse. visionner reins + arbre urinaire.

angiographie digitalisée (soustraction). digitaliser une photo par densité sans contrastant + même chose avec contrastant. l'ordinateur fait la soustraction, il ne reste que le vaisseau avec le contrastant radiologique (introduit en quantité moindre).

3) l'échographie

fondé sur la réflexion des ondes us.

onde réceptrice. interface viscères/foie



a) échographie A

la + primitive, pour l'étude des interfaces.

b) échographie B

donne la coupe d'un organe.

c) échographie C

pour voir les mouvements d'un objet.

ex: jeu des valvules cardiaques, très utilisé en cardiologie.

d) échographie en temps réel.

voir mouvement et structure. foie homogène et nodul.

sans danger, grad digitalisation des malformations congénitales.

discipline pratiquée par des spécialistes ou plus des cabinets radiologiques.

4) l'IRT.

dérivation des électrons dans un champ \vec{B} . spin de l' e^- dans champ continu \vec{B} , \rightarrow nouveau champ \vec{B}' qui est dans la normale, relaxation σ^- et émission h.v. soumettre les gens à un champ \vec{B} + moyens informatiques IRT du cerveau: petite boîte, bruit, pas de corps métalliques.


dispositifs métalliques de cerveau, prothèse de hanche \rightarrow longueur. IRT donne coupes verticales, intéressant pour observer la colonne vertébrale.

5) le doppler.

fonctionne sur le déplacement des g.R.H. analyse onde réfléchie
↳ connaître σ des g.H. utilisé pour les veinoscans superficiels, pathologie artérielle et veineuse.

B. utilisation de fibres optiques.

endoscopie: utilisation de tube + ou - souple

 \leftarrow luz froide.

Endoscopie à tube souple, à tube rigide

oesophagoscopie: en descendant: fibroscopie gastrique
ou intestinale.

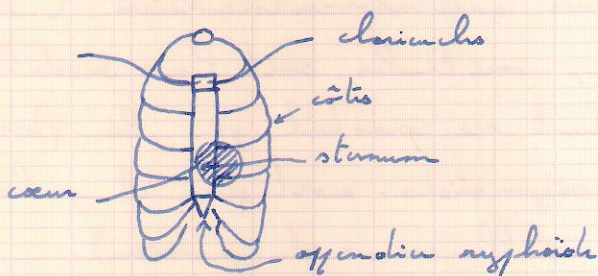
rectoscopie \pm 40, 50 cm ou fibroscopie jusqu'à ilion
en remontant. peu grand habilite.

pratiqué par les gens de la discipline

ex: rhinoscopie. fibroscopie pulmonaire, tube souple,
tube rigide (pour caecoscopie avant 6 ans, coincé dans la trachée ou les bronches).

cardiologie et pathologie
vasculaire.

I appel anatomie et physiologie.



coque thoracique, cœur et poumons y sont enfermés
médiastin: zone riche nerveuse, vasculaire, lymphatique
↳ beaucoup de maladies

espace intercostal EIC

écarts du cœur sur: 2^e EIC G et D et 5^e EIC G et D.

défini rectangle sur coque thoracique.

cœur: 4 cavités = 2 oreillettes + 2 ventricules

1^{gr} circulation: à haute pression; VG, aorte, artères
artériolles, capillaires, veines, veines collectées sur OD.

1^{pet} circulation, VD → poumons → 4 veines pulmonaires.
de OG.

II rapport des bruits du cœur et de la paroi thoracique.

en niveau du : on entend :

2^e EICD ; aorte, le bruit suit le mot du sang éjecté

2^e EICG ; valvules pulmonaires.

5^e EICD ; fosse triangulaire (valvules)

5^e EICG ; en dessous du pt du mamelon, fosse mitrale
ici, pt du cœur en contact avec la paroi thoracique.

2 bruits : TOUT + TA.

B₁ = TOUT, produit principalement par la fermeture des valvules auriculoventriculaires (mitrales + triangulaires, mitrales sont les + audibles).

B₂ = TA, bruit se produit par la fermeture des valvules sigmoïdes aortiques et pulmonaires (aortique est plus audible car + de pression).

III examen du cœur.

de une cage fermée, signes utilisables.

inspection : en niveau du fosse mitrale, observe les battements cardiaques.

palpation : on écoute le bruit cardiaque sur les 2^e EIC
↳ on sent parfois des vibrations.

auscultation : avoir idée sur le fonctionnement cardiaque avec un stéthoscope.

↳ rythme cardiaque entre 60 et 80 bpm

importance de la régularité du rythme cardiaque.

B₁ : début systole r, B₂ : fin systole ; occupent $\frac{2}{3}$ de la révolution cardiaque.

parfois 3 bruits occasionnels B₃ et B₄.

on note leur intensité

en pathologie ; B₁ ↑ parfois.

3 souffles cardiaques. Étymos : rétrécissement + insuffisance
côté en intensité ; (dépend de l'oreille du médecin)
détermination des timbres et/ou de leur foyer.

Bruit ou souffle peut irradier.

Bruits accessoires : clic + souffle de certaines pathologies mitrales
= prolapsus mitral.

frottements : pathologie péricardique (enveloppe insolite).

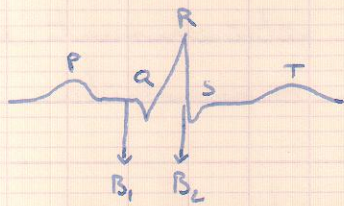
IV examens para cliniques.

nbx

1) ECG et holter

ECG = electro cardiogramme de surface.

car E possible ECG endocavitaires (de cœur).



ECG d'effort ; faire effort important (vélo et exercices)
et même.

un individu entraîné fait 200 Watt fait 5/6 min.
même de la capacité de cœur à l'effort, déterminer
si ce sont des pathologies coronariennes.

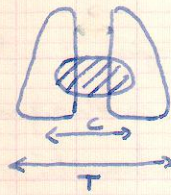
réalisé de milieu spécialisé, ne pas surveiller.

3 enregistrements sur 24h de l'activité cardiaque : le
holter. but : connaître tout le temps les évolutions
activité du cœur → certains troubles du rythme
paroxysmiques.

2) la radio pulmonaire

technique très employée → obtenir taille radiographique du cœur

rapport $\frac{C}{T}$



si $\frac{C}{T} \leq 0,5$ pas de cardiomyopathie.

3) échographie.

examen non douloureux, répétable à ∞ , facile à faire pour examen jeu des valvules, débit cardiaque...

4) angiographie.

voir état des vaisseaux cardiaques.

ex: coronarographie. vision des coronaires par introduction d'un produit contrastant.

examen difficile, tous accidents non négligeables.

5) divers.

prise de pressions

≠ pressions cœter les rétrécissements aortiques.

cathéter relié à un manomètre.

trio utilisés.

micromanogrammes: sentir impulsion lors l'éjection de sang.

∃ meth radioisotopiques, certains parties (muscle) absorbent Ta ($\approx K^+$), si infarctus, destruction d'une partie du muscle, ne fixe plus Ta → trace sur la photo

∃ meth RMN résonance magnétique nucléaire.

examen du cardiaque.

I signes fonctionnels.

↳ viennent en présentant une pathologie 80%
20% qui viennent pour contrôle HTA.

pb précis:

30% pour douleurs thoraciques.

25% pour des dyspnées, sensation consciente d'avoir des difficultés à respirer.

20% pour des palpitations, sensation d'irrégularité du rythme cardiaque.

5% pour des malaises

20% divers.

signes intérieurement, diminution
dyspnée puis douleur, palpitations, malaises.

II signes physiques.

1) cyanose

coloration bleue des extrémités (doigts)

évoque une insuffisance cardiaque.

2) dyspnée

le sujet fait 30 m puis est obligé de s'arrêter, rythme ralenti

3) hépatomégalie

qui peut être d'origine cardiaque.

4) les œdèmes.

infiltrations des téguments dans les parties basses.

→ jambes en particulier, varient et le j à l'autre.

œdème = rétention et con. signe chez insuffisant cardiaque : variations brutales du poids.

5) hypertrophie digitale (rare)

gens qui ont les doigts de la main bombés.

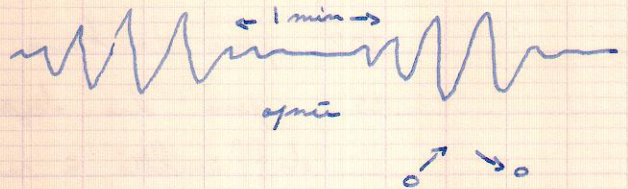
déformation en verre de montre.

↳ insuffisance cardiopulmonaire.

6) respiration de Cheyne Stokes (rare)

seul stimulus : CO_2

respiration :



diagnostic d'une douleur thoracique.

I siège

si origine cardiaque.

typiquement rétrosternal avec irradiation de l'épaule gauche qui descend le long du bras & puis la main.

parfois irradiation de les aisselles.

∃ douleur latéro-thoraciques, côté du thorax, d'origine pléuropulmonaire.

II mode de déclenchement.

meu savoir s'il s'agit d'un déclenchement au repos ou à l'effort ; si cette douleur persiste à l'arrêt de l'effort, si elle est continue ou discontinue.

influence respiratoire ou non (si ↑ avec)

influence de la toux ou non

influence de la posture

recherche signes qui accompagnent la douleur : toux, dyspnée, fièvre, cyanose... signes digestifs : indigestion.

II rappel anatomique

d'origine cardiaque

- angor ou angor de poitrine (cœur ffer).
- infarctus du myocarde

- embolie pulmonaire
- péricardite (inflammation péricarde).

diagnostic différentiel, par élimination successive, arriver au diagnostic avec les signes qu'on a.
douleur antérie thoracique.

- douleurs costales : fractures des côtes
- pleurite : douleurs pleurales, pleurésie ou pleurite (inflammation pleure)
- = pneumothorax.



feuillet pariétal
feuillet pulmonaire

entre les 2 : rien, espace
vital.

ds le pneumothorax air



pneumon rétrécis.

si présence sang → hémopneumothorax.

douleur pulmonaire

pas innervé, si pleurite → douleur antérie.

douleur projeté, à éliminer:

- ulcère qui irradie à travers le diaphragme.
- douleur osseuse ou articulaire

une douleur qui irradie à l'épaule est d'origine
cardiaque.

IV angor ou angine de poitrine.

1) def

situation résultant de l'insuffisance entre les besoins en O_2 du myocarde et les possibilités d'apport.
trajet de demande, pas assez d'offre.

l'angor d'effort est fréquent chez les sujets athéromateux
(athérome chez jeunes)

angor de repos chez jeunes.

2) signes fonctionnels, cliniques et paracliniques.

la douleur est rétrosternale compressive (ça sert)
avec parfois irradiation de la 2 bras, accompagné
d'une angoisse.

la + sert apparaissent à l'effort : marche rapide, montée...

froid + effort normal, parfois marche ≠ la sert...

angor digestifs : la digestion déclenche l'angor.

disparition lorsqu'on arrête l'effort, rapidement entre
30 s à 60 s

sensibilité à la trinitrine, vasod veineux, rôle : réduire

→ ϕ vaisseaux pour réduire le retour veineux, le
cœur travaille moins → remettre à niveau plus bas
la consommation O_2 .

avec effet rapidement à 30 à 40 s.

si effet plus long, ce n'est pas le pb coronarien.

3) sujets qui ne présentent aucun signes génériques,
pas de signe physique, examen normal.

lors ECG



inversion onde T

l'onde T est visible inversée lorsque 50% des coronaires sont touchés.

si l'examen est spécifique, il est peu sensible.

→ ECG et effort, ↑ demande - O₂, apparaît inversement + facilement

mais arrêt avant que le sujet ne souffre.

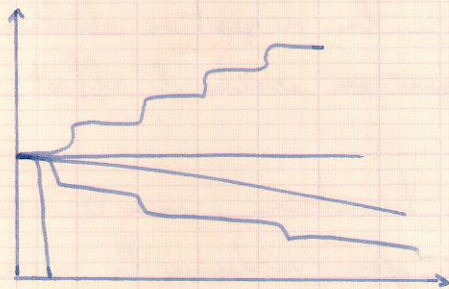
coronariographie

réfléchi si utile ou pas, car mauvais risque.

3) évolution de l'angor.

peut durer 30 s à 30 ans; ↑ au ↓; bien que l'athérome existe et les signes fonctionnels ne sont plus la crise inaugurale avec mort...

arrêt ou crises évolutives.



⇒ Hs les modalités
si galien: nb crises / semaines.
↑: crises allant vers infarctus.
crises allant vers insuffisance
cardiaque

4) formes cliniques

angor et effort

angor de Prinzmetal, qui survient au repos: le mécanisme est un spasme des coronaires. difficile à diagnostiquer et à soigner.

5) facteurs favorisants.

pb des FRCV

de 80% cas c'est le tabagisme.

autre HTA, hypercholestérolémie, diabète, hérédité
parfois crises angor sans symptômes.

phénomène non destructeur & musculaire ≠ infarctus.

V infarctus

def = nécrose d'un fragment de myocarde résultant de l'occlusion tissulaire.

1) clinique.

douleur inaugurale, 1^{re} manifestation, event jamais
douleur rétrosternale compressive.

insensible à la trinitrine.

résiste à l'arrêt de l'effort. très violente même pour
les gens qui ont un angor, angorisme + signes
digestifs avec nausées, vomissements, mucus.
peut se résumer parfois à une indigestion.

2) paraclinique.

a) biologie

se 4 marqueurs libérés des enzymes (3 types) vers sang :

- CPK ou créatine phosphokinase, la + précoc
E de cœur, muscle, cerveau.

dès la 4^{ème} heure après, Q coagulé de la sang.

une simple intramusculaire (ing) peut ↑ cette Q.

↳ étude des isoenzymes, séparation par électrophorèse de la
CPK_{cœur}

- les transaminases GOT, AZAT, GPT (aspartate aminotransférase), la plus spécifique du cœur est la GOT,
↑ plus haute que la GPT.

entre ↑ Q trans A : hépatite où GPT > GOT.

la transaminase apparaît 8 à 12h après l'infarctus.

le % trans A = le x importance atteinte cardiaque.

- LDH lactate déshydrogénase.

diagnostic rétrospectif, cours ↑ Q nbx, E de tt
le muscle, ↑ Q retardé 5 = 7j.

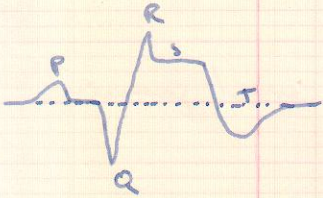
b) ECG

3 types de anomalies:

→ onde Q très creusée, profonde, la 1^{ère} à apparaître reste long temps, affirme la nécrose, reste + icère années.

→ sus décalage de ST, zone qui peut récupérer.

→ zone T inversée car 3 zones de hémicircles.



3) évolution de l'infarctus.

quoiqu'on fasse, très grave, mortalité importante de la 1^{ère} heure.

si ↑ rigidité coronaires, nb mort ↓ ?

question gravité: 25% mort la 1^{ère} heure.

→ infarctus mural, plus de VG

→ " transmurale, plus de gasi contre V obligato anatomicus importante.

→ infarctus communs, troubles du rythme.

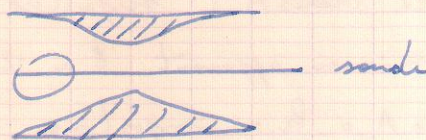
↳ succès des services réanimatoires par traitement fibrinolytique: caillot tenu par fibrine → dissolu du bouchon. résultats immédiats et bons.

ST: 4 olimis mais pas mortis

Q: 4 mortis

↳ reperfusion, sauver les 4, ↓ gravité.

meth des angioplasties endoluminales.



↳ gonfler le ballonnet, écraser le caillot.

lataille sur la prévention, habitudes de vie

↳ 10% aux USA.

II embolie pulmonaire

1) def

obstruction d'une artère pulmonaire ou de ses branches par un corps étranger migrateur (embol) = fragment de caillot formé ailleurs.

en rapport avec la plupart des cas avec une phlébite = thrombose veineuse (le caillot remonte à l'OD puis VO puis les poumons).

∫ embolie gazeuses (air dans artère pulmonaire) ex: inj IV avec une bulle d'air.

∫ embolie septiques = pleurésie. mortelles il y a 30 ans.

2) étiologie

me traiter en rechercher la phlébite, 3 types de phlébite

- médicale, provient la plupart du temps sur un terrain veineux (varices = dilatations veineuses qui apparaissent en milieu du mollet → insuffisance veineuse → prédisposition.)

- chirurgicale, à l'occasion d'une opération de chirurgie → stress, arrêt de la circulation au niveau du mollet → thrombose.

élément → circulation ralentie, ∫ chirurgie à risque (celles du petit bassin: organes excréteurs et génitaux, opérations de la bassin...). passage où majorité de phlébitis entre le 5^e et 6^e j après → lever précoce des opérés + anticoagulants. (empêcher la formation du caillot).

facteur de risque artériel ≠ facteur risque veineux.

- obstétricales

on fait systématiquement lever les femmes qui ont accouché. nbx mortes il y a 30 ans pour phlébitis

septiques.

3) clinique.

- phlébite

la + courante est celle du mollet = phlébite surale.
ça fait mal, le mollet est gonflé, rouge
la inflammation. + parfois 0°C .

le mollet est \neq de l'autre normal.

dans le ballant du mollet : un mou, l'autre
est enfoncé = moins mobile.

quis signe de HORNANS.

passer les pieds vers le haut \rightarrow douleur différente
par rapport au côté sain.



- embolie pulmonaire.

dyspnée, le malade est essoufflé (SF) quis douleur
(rare) latérothoracique : "coup de poignard".

ces phénomènes régissent en qq heures = adaptation
pulmonaire.

SG : petite élévation thermique 38°C .

en lant de 3 à 5 j : "crachat hématoïque =
jus de pomeau", le caillot est formé, il y
a névrose + sang avec ischémie.

Ho ces signes peuvent être absent.

embolie = la + difficile à diagnostiquer.

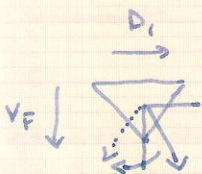
le seul signe parfois présent : anxiété.

SP : aucun.

4) paracliniques

\rightarrow ECG

déterminer l'axe électrique du cœur. l'artère
pulmonaire est bouchée, VD pompe plus fort
rotation axiale de l'axe vers la droite.



une artère pulmonaire branchée sur 2 = un pneumon en \ominus .
→ radio pulmonaire.

de la meilleur des cas, on voit un segment plus clair
dt la branche artérielle est plus alimentée. "hyperclarté"
à l'inverse, parfois des signes de condensation.
en jux: on ne voit rien.

→ la radio et l'écou n'apportent pas grand chose.

→ angiographie pulmonaire.

spécifier l'artère pulmonaire → images de stop.

difficile à faire, pas de diffusion courante.

→ scintigraphie pulmonaire.

plus difficile à interpréter, difficultés liées à la techniq.

→ uniquement de centres de médecine nucléaire.

4) embolie.

- embolie massive: choc plus mort brutale par arrêt
cardiaque.

- petites embolies: à répétition, pour les gens qui dévelop-
pent des insuffisances cardiaques.

- entre les 2: Hc les variantes.

traitement par les thrombolytiques

de artère pulmonaire, inj dt un destructeur de caillot,
si rapide, cher et risqué, médics dangereux.

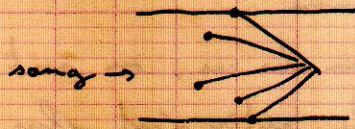
+ antalgiques (ça fait très mal)

+ anticoagulants (pour pas que ça recommence).

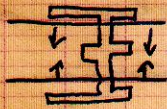
meu memes de prévention.

phlébite → caillot rejeté de veine cave inf. → introduire
des systèmes filtres.

→ ombelle ou "paragluie"



à l'intérieur, me être lieu fixé.
→ à l'extérieur : garot



Insuffisance cardiaque

I def

incapacité du cœur à assurer une perfusion correcte aux tissus dans les circonstances de la vie courante.
impossibilité d'assurer le débit cardiaque

II physiopathologie.

au niveau de l'accommodation à l'effort:

↑ FC de un premier temps, efficace et rapide.

puis si l'effort continue:

↑ volume télédiastolique, dilatation cardiaque par dilatation / extension des fibres myocardiques → perte de la puissance contractile. mécanisme irréversible. le cœur est à bout de ressources.

le débit devient insuffisant, ↑ de pression en aval et en amont du ventricule. baisse de la fraction d'éjection ($V_{\text{restant}} / V_{\text{total}}$).

	PH	PO		PH :	pression hydrostatique
	↑	↓			
veineux	↓	↑		PO :	" oncotique.

si PH ↑ au pôle veineux du capillaire, exudation constante non inversion / accumulation PH-PO.

insuffisance ventriculaire IVG + IVD

si IVG alors IVD, si IVD alors IVG
car une égalité des dilates cardiaques.

III IVD

1) def

syndrome créé par l'hyperpression régnant dans les territoires veineux et viscéraux, en amont du VD.

2) étiologie

coeur pulmonaire chronique.

↳ répétition de phlébites emboliques → insuffisance VD

↳ syndromes respiratoires obstructifs.

le coef de Tiffneau $< 80\%$ (→ pathologique).

3 gros causes obstructives : asthme (difficulté à expirer)

bronchite chronique (toux et crache les 2 mois de l'année)

emphysème (destruction des alvéoles associé parfois avec la bronchite chronique).

3) physiopathologie.

↑ pressions en amont. viscères sont concernés : foie, le
2 reins, puis les jambes. urticaire pour la veine
cave sup.

4) signes rénaux

insuffisance rénale fonctionnelle, urine \ominus et de
mauvaise qualité.

oligurie = ↓ volume urinaire.

↳ prise de poids, jusqu'à œdème au niveau des muscles
des membres inférieurs.

on doit pour le sujet, Hc Δ brutale → une recherche cause

↑ poids brutale = significatif.

sensible aux diurétiques en général.

5) signes hépatiques.

foie = organe compliqué, pathologie non précise.

SF = donne syndromes dyspeptiques = mauvais digestions (cuite, chocolat...).

douloureux hypocondre, sans costales.

SP = on recherche hépatomégalie, si \exists lors IVD.

vocalubaire dû à la palpation : le foie gonfle, dégonfle, "foie en accordéon".

hépatomégalie variable. et ça fait très mal.

conséquences :

insuffisance hépatique : synthèse des facteurs 2, 7, 9, 10 de la coagulation. $\Rightarrow \Rightarrow$ hypothermie sanguine, allusion \Rightarrow

synthèse $\Rightarrow \Rightarrow$ pression osmotique, la Alb retient 20% eau

clairance hépatique : examen à la BSP : Brome Sulfone Phthaléine.

6) signes cérébraux.

arrêts cardiaques, crâne rempli d'eau.

inversion du cycle jour / nuit. journées très somnolentes peuvent être agitées en très fatigués.

ne se pas leur donner d'oséolytiques.

7) signes artériels

cyanose

8) signe négatif : pas de signes pulmonaires, l'auscultation pulmonaire est normale.

9) évolution en fonction de l'étiologie.

si mortel : mort subite

ou évolution de manière insidieuse. (1 mois pas brutale)

traitement commun avec IVD.

IV IVG

1) def

syndrome créé par l'hypertension régnant dans le territoire situé en amont du VG. (poumon).

2) causes

→ obstacle systolique

lorsque systole, résistance trop importante → HTA
(↑ R périphérique)

difficulté à éjecter, surcharge du VG.

→ surcharge diastolique

au niveau des valvules : insuffisance aortique,
les sigmoïdes ne se ferment pas complètement
double travail, ↑ considérable de la charge VG.

→ altération de la fibre myocardique.

dégénérescence, incompetence cardiaque,
myocardioopathie (MCP) obt beaucoup sont impliqués
ou impliqués : MCP ischémique.

3) physiopathologie

en amont VG : poumons, pression capillaire pulmonaire

PCap : cathéter, de Coeur D, qui est pulmonaire
qui se colle au vaisseau, relié à un manomètre.

PCap = PVG

si PVG ↑ alors PCap ↑.

en aval, baisse de pression de perfusion. → oblit C.

les reins marchent mal : IVD → ↑ pression veineuse,

IVG : → pression artérielle.

4) symptômes

SF : signes pulmonaires. dyspnée permanente, élément
fondamental de l'IVG. importance à la notation.

NYHA de I à IV

I : dyspnée pour effort exceptionnel
 II : " " " non exceptionnel
 III : " " " quotidiens
 IV : " " " " constants, grave.

^{IV}
 ↳ du lit au fauteuil → essoufflé
 oligurie → bruissement → dyspnée.

autres signes parfois:

"hémoptysie" = cracher du sang pulmonaire.

trouble du rythme = palpitations.

OAP : œdème aigu du poumon, le sujet se mouve par l'intérieur, exsudation de la cavité pleurale par le bas. on entend des crépitations, bruit de sel jeté sur le feu. on sent un coussin chaud.



5) exploration.

se fonder sur la classification I... IV → stades.

à l-histor : auscultation, entendre le niveau des crépitations, + radio pulmonaire.

ECG : hypertrophie du VG (indice de Sokolow)

sondes : si on veut trouver la cause.

6) évolution

globale : accident ou + constant ↑.

rechute cause

évolution vers IV globale

œdème généralisé, foie rein cerveau

V principes de traitement.

- diurétiques pour → œdèmes.
- restriction sodée
- dérivés de la digitale.

ou de l'oualaïne (\approx digitaline)

↳ traitement digitalo diurétique.

- inhibiteur de l'enz de conversion de l'angiotensine.

ols les insuffisances cardiaques congestives (gauche + oedème pulmonaire).

- si drin, ne se marquer

réduire les FRCV, HTA \Rightarrow IV globale.

- ne prévention.

cytologie histologie
concr.

domaine ou terminologie spéciale

cytologie = étude des ϕ de m nature = tissus

histologie = " " assemblages de tissus = organes.

entités fonctionnelles \neq .

étude différentielle : concr cytologie / concr histologique.

anatomie pathologique : étude à l'état pathologique des ϕ .

les techniques nouvelles et modernes, dt discipline reine =

concréologie

étude concr = voir le tissu concret par liqnie et
prélèvements de ponction \rightarrow observation.

classification des tissus conjonctifs.

I les épithéliums

1) def

ensemble particulier : les ϕ sont juxtaposés en paroi ou en mur, en contact avec une mb basale. Il est jointif. il n'y a pas de vascularisation



ou



ou



2) localisation

les épithéliums tapissent Hs les zones de contact avec l'extérieur.

- revêtement cutané = épiderme. peau = organe important chez le chat brûlé; ne souffre plus: pas de surf usure risant, perd sa barrière cutanée qui empêche à Hs les liquides de s'évaporer \rightarrow la première chose à faire = perfuser 5x plus de liquide que la normale.
- TD avec bouche, œsophage, estomac...
- revêtement ϕ des vaisseaux pulmonaires.
- revêtement ϕ des vaisseaux urinaires et génitaux.

les épithéliums sont aussi présents de des cavités lisses de l'organisme: autour d'organes mobiles, cœur (70 bpm)

pourrons (sauflets $\approx 15 \text{ f/min}$), TD (mots géométriques).
ne pas de frottements. ces organes st contenus par des
sacs à double paroi, un contre l'organe, l'autre vers
l'extérieur, avec un espace virtuel: ces 2 feuilles
glissent l'un sur l'autre en sécrétant un lubrifiant.
TD \rightarrow péricarde, cœur \rightarrow péricarde, pourrons \rightarrow plèvres.
cet épithélium particulier est appelé mésothélium,
forme les "séruses" de l'organisme.

épithélium externe = peau = épiderme $1,70 \text{ m} \rightarrow 3 \text{ kg}$ peau.
épithélium interne, en contact indirect avec l'extérieur
= appelé muqueuses.

3) différentes fonctions.

- de protection, les ϕ st sécrés et isolent le tissu.
- de sécrétion, ex: muqueuse gastrique produit
enz de digestion + HCl...
- de épuration, ex: des cavités bronchiques, mots des
cils vibratils ϕ , forment un tapis roulant qui fait
remonter les particules nocives qui ont arrivés par
la respiration.

fumer cigarette \rightarrow endommager cils \rightarrow arrêt phénomène.

3 à 4 h pour que d'ala recommence, entre temps:
encombrement des pourrons.

∃ maladies congénitales (non génétiques), où le bilité
ne possède pas ce mécanisme: donne des origines à
néphrotoses.

II Les glandes.

fonctionnement particulier des épithéliums

↳ & juxtaposés sur mb basale, fabriquent des produits de sécrétion.

ex: syst APUD = amine précurseur uptake like other hormones.

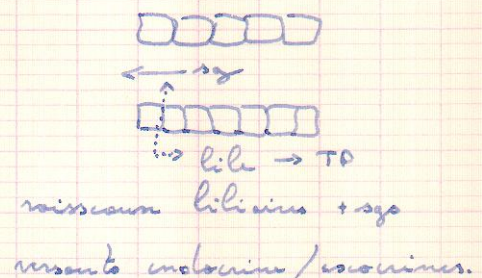
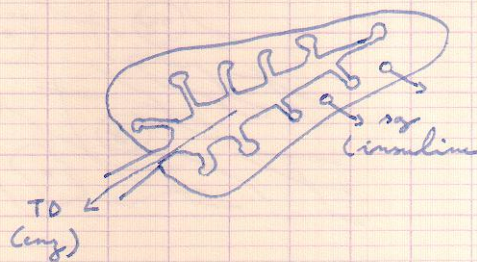
↳ sécrétion d'hormone, la glande est constituée par la & qui possède le syst producteur.

la glande peut-être un tissu ex: muqueuse de l'estomac = glande avec HCl (pH = 2-3 au repos) pour la digestion et barrière chimique contre les bactéries.

la glande peut-être aussi un organe, spécialisé pour la sécrétion. (foie, glande thyroïde, pancréas).

classement:

- endocrines: sécrète à l'intérieur du corps, de sang qui véhicule le message chimique, et agit sur d'autres organes. ex: T₄ par la thyroïde. (ex)
- exocrines: sécrète à l'extérieur ex: lysozyme des larmes.
- mixtes: les 2. ex: pancréas, foie.

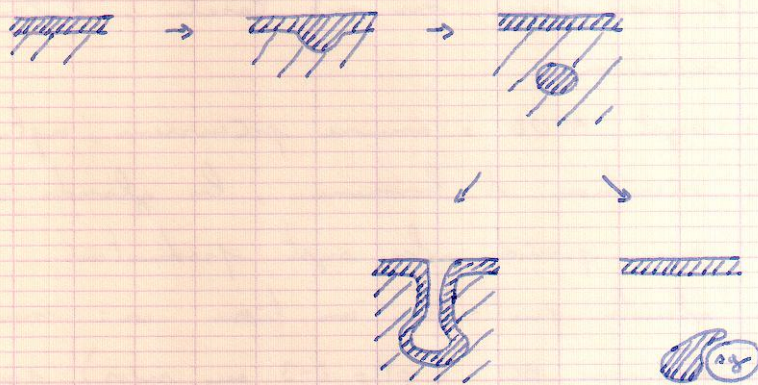


types de glandes.

- muqueuses.
- sécrètes.
- sudoriparées: endroits préférentiels.
- sébacées: assure la lubrification de la peau → sèches.
- mammaires.

un bry d'origine.

l'épithélium bourgeonne vers l'intérieur, et s'y développe.

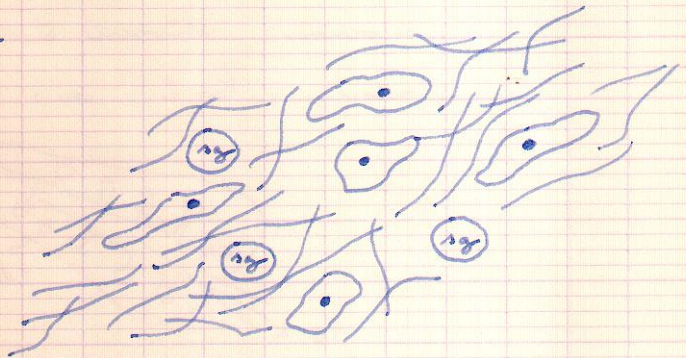


III le tissu conjonctif

» def

≠ non juxtaposés, éloignés les uns des autres par des fibres et noyés dans la substance fondamentale. tissu richement vasculaire.

ex: hypoderme



» éléments

≠ du TC: fibroblastes (fabriquent fibres et substance)
adipocytes (rôle E, 1g AG \approx 3 kcal, 1g sucre \approx 4 kcal)
macrophages et lymphocytes, ≠ mobiles qui traversent le TC lors du mécanisme inflammatoire.

fibres : élément majeur (collagène, réticuline, élastine)
substance : sels minéraux, ions, mucopolysaccharides

3) fonctions

- soutien du tissu lâche, maintien de la forme de l'organisme.
- rôle de défense immunitaire.
- nutrition des tissus (très vascularisés).

tendons musculaire : type particulier de TC, élément prépondérant : fibres orientées de la même sens à 95% → offre une énorme résistance mécanique.

des néoplasies.

I def

tumeur = masse de cellules par prolifération anormale et (autonome et étendue).

II différence entre tumeur bénigne et tumeur maligne. (Tb/Tm)

1) évolution spontanée - pronostic.

Tb: reste localisée où elle se développe.

Tm: envahit des et à distance: dissémination, formation de métastases, en terme pathologique: la Tb n'est pas mortelle sauf si son développement trouble l'organisme

ex: Tm au cerveau → pas mortel

ex: Tm de cerveau, prolifération par vases indéformables, manque de place, au profit de la Tm → mort

concer = Tm peuvent conduire à la mort. ne traités.


2) aspect macroscopique


Tb: bien localisée, aspect bien délimité, par capsule ou une mb limitante. ni envahit, plan de dissection (frontière) pour aller dissection la Tb et l'enlever.

Tm: aspect bourgeonnant, creux, envahit de vaisseaux.

tendance à envahir les tissus. pas de plan de clivage.
examen difficile : pour "large" pour avoir une
certitude de H en l'occurrence.

3) aspect microscopique.

Tb: très proche du tissu normal = l'échelle histologique.
idem pour l'étude cytologique. 

Tm: architecture remaniée par rapport au tissu normal
3 des cancers épithéliaux avec destruction de la
mb basale . si elle est brisée, la
migration commence. sur surveillance prolongée
cancer du sein: 20 ans après apparaissent les effets II.
pour l'examen cytologique: ≠ forme, noyau + grad
remaniement de la structure ≠.

il peut y avoir de la masse & un œdème = grande tumeur
inflammatoire (rougeur, gonflement, chaleur...).

donne au tissu un aspect tumoral.

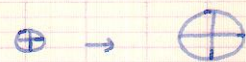
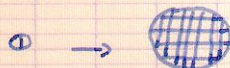
ca: tissu de régénération. des ↑, puis dans la
zone, puis perte de substance, des ↓.

↳ cas de la dysplasie et hyperplasie.

différence entre hyperplasie et hypertrophie.

↑ ϕ avec ↑V

↑V sans ↑ ϕ .



dysplasie: troubles de régulation de la croissance ϕ .
observés lors du frottis du col utérin, moyen de
diagnostic des cancers du col de l'utérus.

examen cytologique → stade I : normal
 II : dysplasique
 III : suspicion cancer
 IV : cancer.

↳ ≠ unicola selon le stade
 ex: si NST, alors motif \neq : production de \neq dysplasique
 qui ressemble au stade II. on donne un antibiotique
 et on regarde 6 mois après, est-on au stade III ou IV?

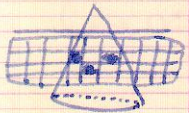
↳ coloscopie; examen du col:

administration de substance pour voir les \neq normale
 pour regarder l'architecture, on réalise une conisation.
 on prélève un cône du tissu.

si la tumeur est précocée : guérison

si passage à travers mb basale : malguérison, récidive
 le cancer est invasif, 50% guérison.

↳ faire bilan de l'extension. voir si des autres métastases
 radio pulmonaire, exam biologiques...



cancer in situ

III origine tumorale des tumeurs.

- épithéliale
- conjonctive
- hématopoïétiques : leucémies.
- nerveux
- mélanogène : facile à reconnaître : sécrétion mélanine.
- dysembryogénique : tumeur embryologique de corps adulte.

IV terminologie.

1) tumeurs bénignes

"tumeur altérée + ome"

ex: chez femmes, fibrome utérin = lésion de fibrome utérin, saignements abondants, volume ↑, compression état régressant lors de la ménopause. tumeur bénigne sur les fibres musculaires lisses de l'utérus.

ex: adénome mammaire

ex: adénome prostatique (50% des ♂ de 50 ans).

(adino = tumeur glandulaire).

2) tumeurs malignes.

a) tissu conjonctif

"tissu d'origine + sarcome"

ex: liposarcome (sur adipocytes du tissu de remplissage)

ex: chondrosarcome (sur cartilage).

ex: ostéosarcome ou sarcome ostéogénique.

b) tissu épithélial

"tissu d'origine + carcinome" ou "épithéliome + tumeur".

ex: adénocarcinome mammaire = cancer du sein

ex: adénocarcinome prostatique = cancer de la prostate.

ex: carcinome épidermoïde = épithéliome malpighien.

3) degré de différenciation &

• orthoplasique: identique au tissu d'origine

• anaplasique: grave, prolifération intense

• métaplasique: transfo TC ⇒ autre TC ou épithélium

⇒ autre épithélium. pas de changement de classe.

ex: épithélium bronchique avec 4 ciliés → tissu épidermoïde.

Le cancer

125 000 décès / an soit 300 / j

La moitié est liée aux cancers rois aériens myticiens (bronches), cancers colorectal, cancer du sein, cancers gynécologiques (col de l'utérus).

développement ubiquitaire avec 3 phases de parasitose : local, régional, général.

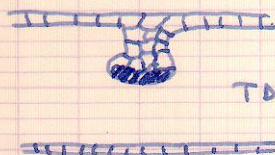
I développement local

rôle de l'ADN muté, des virus (HTLV I donne des leucémies ou des paralytiques selon la localisation.

sur tissu sain, ou tissu précancéreux (où les risques st plus gros) peut atrophique, hyperplasique, métaplasique, cicatriciel, inflammatoire... idem pour les tumeurs bénignes qui peuvent donner un cancer.

- atrophique : ex : le testicule, lors d'une orchite = inflammation, tumeur testiculaire avec \rightarrow . risque élevé, mais pas obligatoire.
- hyperplasique : \uparrow nb \neq
- métaplasique : ex des bronches, l'épithélium bronchique avec \neq ciliées devient cytogénique (plaques blanches luisantes)

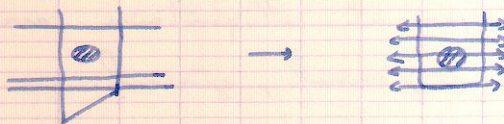
- cicatriciel : nb x divisions \neq .
- inflammation : pseudo tumeur . risque pour un cancer
- tumeur bénigne : développement local , qui peut dégénérer en tumeur maligne
- en : polypes de l'intestin.



cancer se développe au niveau du haut du chignon.

cancer in situ : respect de la mb basale . critères histologique + biopsie \rightarrow 100% de guérison . nec diagnostique certain.

lames :



cancer invasif : rupture de la mb basale , envahissement des \neq concurrences.

II extension loco-régionale et générale.

\rightarrow par voie lymphatique

qui draine l' Σ de l'organisme , la lymphe se trouve de Hs les organes . perméabilité plus importante que les vaisseaux sanguins.

relais : les ganglions lymphatiques (500-600) . les \neq concurrences y pénètrent . se fixent sur les ganglions pour donner des métastases ou une rx inflammatoire du ganglion qui réagit . P V ganglion , devient palpable .


lymphe : le plus gros risque de dissémination.

car: sein richement drainé par le lymphatique. si cancer:
↳ mammectomie + curi-thérapie ganglionnaire

→ par le sang
moins important

→ par voie nerveuse

par le nerf, pas par les axones.

voie de passage des fillets nerveux → région fragilisée
en contact par l'architecture 

→ extension générale: à distance de la tumeur initiale
= métastase.

III découverte des métastases.

→ en même temps que le cancer primitif → bilan d'extension

→ après le cancer primitif: métastase récurrente qui
peut apparaître 6 mois après l'opération pour un cancer
diagnostiqué comme in situ.

→ avant le cancer primitif: métastase précoce. le
poumon et foie possèdent des foyers métastatiques → qui
rechercher des cancers (25 à 30% des cas). ce sont des
cancers où on a pas les moyens techniques de les
revoir.

IV dépistage

cancers Hg et moyens simples de les revoir

- mélanome: par Hg, regarder la peau.
- colique: par endoscopie, 3 populations à risque
- du sein: par palpation
- du col de l'utérus: voir si saignements entre règles.

- de la prostate : palpation rectale + échographie après 50 ans
- de la thyroïde : palpation, par H_2 , \exists population à risque
- des bronches : population masculine, H_2 par endoscopie trachéobronchique.

V classification TNM

classification clinique et évolutive.

TNM = Tumor Node Metastase

formalisation, internationalisation des protocoles.

$T_1 \rightarrow T_4$... taille, $T_1 < 2$ cm.

$N_0 \rightarrow N_3$... N_3 = ganglionnaire par voisinage.

M_0 ou M_1 ... métastase ou pas.

"j'ai mal au ventre"
diagnostic d'une douleur
abdominale.

I généralités.

abdomen: situé au la coupe diaphragmatique.

maux de ventre: $grad H_2$.

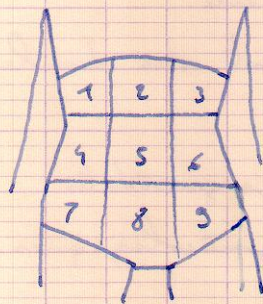
régles interrogatives: où, quand, comment?

préciser endroit, si la douleur irradié au dos, si diffuse
ponctuelle, spasmodique... signes d'accompagnement, qui est ce
qui cause la douleur. position. aller au WC \neq vomir.

3 douleurs saisonnières: les ulcères d'estomac.

coliques néphrétiques: aucune position antalgique.

II appel anatomique.



- 1 hypocondre droit
- 2 épigastre
- 3 hypocondre gauche
- 4 flanc droit
- 5 ombilic
- 6 flanc gauche
- 7 fosse iliaque droite
- 8 hypogastre
- 9 fosse iliaque gauche.

foie et estomac remontent assez haut \rightarrow de thorax (hiatus diaphragmatique = trou du diaphragme).
 sous le foie : vésicule biliaire. la bile est dirigée de la TD.

estomac \rightarrow intestin grêle (10 m) forme des méandres horizontaux puis verticaux.

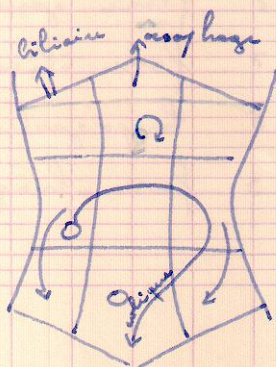
l'intestin grêle est accroché au colon, à côté l'appendice le colon droit remonte, colon ascendant, puis colon transverse, puis colon gauche descendant, puis colon sigmoïde et enfin col rectal.

rate : organe plus situé sur le colon gauche descendant.

pancréas : derrière et contre l'intestin grêle.


la tête + corps + queue. la tête se trouve de un côté du duodénum. la queue est en contact avec la rate.

- 1: vésicule biliaire. le foie n'est pas innervé
- 2: pathologie œsophagienne, gastrique ou pancréatique
- 3: pancréas.
- 5: pancréas, vésicule biliaire.
- 4 et 6 : lieu de qt de départ des douleurs urologiques.
- 7: soit appendicite
- 8: pathologie du colon, sigmoïdite
- 8: urinaires (vésic), gynécologiques.



2 pancréas : transfinant
 flancs : urologique qd derrière vers avant

III monographies

- douleur urinaire et zinger : flancs ou hypogastre.
- syndrome de reflux gastro-œsophagien. remontée de liquide gastrique de l'œsophage, irradiation vers l'œsophage le sujet a mal goût il se laisse "signe du laet" régurgitation acide vers l'œsophage. intus. touss. hernie costale.
- douleur gastrique ou duodénale. ulcère, saisonnier. période précise, douleur de torsion prolongée, liée avec la faim, calmée par alimentation
- douleur biliaire irradiée de gauche droite. la flexion avant calme la douleur.
 - cholique hépatique = distension des fibres lisses → 
 - durant le siège d'une infection: cholecystite.
 - angiocholite : inflammation des voies biliaires ou cholécystique.
- douleur pancréatique : très intense : calmée par flexion avant. mouvement aléatoire.
- colique origine vésicale ou plienne.
 - torsion persistante + signes d'accompagnement: distensions, occlusions (bouché, le transit est interrompu).

FACULTE DE PHARMACIE

ENSEIGNEMENT DE PATHOLOGIE ET SEMIOLOGIE

DOCTEUR Michel DAVID

DOCTEUR Bernard GOUDABLE

DEUXIEME ANNEE

Session de Juin 1993

2 Sujets.
1 copie par sujet.

SUJET I (une feuille recto-verso maximum)

PHYSIOPATHOLOGIE ET CLINIQUE DE
L'INSUFFISANCE VENTRICULAIRE DROITE

SUJET II

SCHEMA DE L'ANATOMIE DE SURFACE DE L'ABDOMEN