

# Tête et cou

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

### Symptômes banals ou inquiétants

- Céphalées.
- Troubles de la vision.
- Vision double (diplopie).
- Surdité, otalgie ; bourdonnements d'oreille (acouphènes).
- Vertiges.
-  pistaxis.
- Maux de gorge ; enrouement (dysphonie).
- Adénopathies.
- Goitre.

## TÊTE

Les *céphalées* sont un symptôme fréquent, qui nécessite toujours une évaluation soigneuse parce qu'un petit nombre d'entre elles sont dues à des affections mettant en jeu le pronostic vital. Obtenez une description complète des céphalées et des sept attributs de la douleur du patient (voir p. 47-48).

Voir les tableaux 7-1 : « Céphalées primaires », p. 147, et 7-2 : « Céphalées secondaires », p. 148-150. Les *migraines* et les *céphalées de tension* sont les formes de céphalées récidivantes les plus fréquentes

La céphalée est-elle uni ou bilatérale ? Stable ou pulsatile ? Permanente ou intermittente ? Demandez au patient de désigner *le siège de la douleur ou de la gêne*. Précisez sa *chronologie* et son *intensité*.

Recherchez des symptômes associés. Posez des questions portant sur des nausées et vomissements associés et des symptômes neurologiques tels que des troubles visuels ou des déficits sensitivomoteurs.

Demandez aussi si la toux, les éternuements ou les changements de position de la tête ont un effet quelconque (en mieux, en pire, ou aucun) sur la céphalée.

Recherchez des antécédents familiaux.

Les céphalées de tension siègent souvent dans les régions temporales ; les céphalées vasculaires peuvent être rétro-orbitaires. La modification ou l'aggravation progressive des céphalées accroît la probabilité d'une *tumeur*, d'un *abcès*, ou d'un *autre processus expansif intracrânien*. Des céphalées très intenses (« atroces ») évoquent une *hémorragie sous-arachnoïdienne* ou une *méningite*

Aura visuelle, scotomes scintillants de la *migraine*. Nausées et vomissements sont fréquents dans la migraine mais surviennent aussi dans les *tumeurs cérébrales* et l'*hémorragie sous-arachnoïdienne*

Ces manœuvres peuvent aggraver la douleur due à une tumeur cérébrale ou à une sinusite

En cas de migraine, il y a souvent des antécédents familiaux

## **YEUX**

---

Demandez : « Comment voyez-vous ? » et « Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? » Si le patient signale des troubles visuels, détaillez-les :

Flou visuel progressif, souvent dû à des vices de réfraction, ainsi qu'au diabète sucré

- le début a-t-il été brusque ou progressif ?
- le problème est-il plus important dans la vision de près ou la vision de loin ?
- la vision est-elle trouble dans la totalité du champ visuel ou seulement dans certaines de ses parties ? Dans ce cas, le flou est-il central, périphérique ou latéralisé ?
- le patient a-t-il vu des éclairs lumineux traverser son champ de vision ? Des corps vitréens ?

Recherchez une *douleur* dans et autour des yeux, une *rougeur*, et un *larmolement excessif*.

Recherchez une *diplopie* (ou vision double).

Une perte de vision brusque évoque un *décollement de la rétine*, une *hémorragie du vitré* ou une *occlusion de l'artère centrale de la rétine*

Une difficulté à voir de près évoque une *hypermétropie* ou une *presbytie* (chez le sujet âgé) ; une difficulté à voir au loin, une *myopie*

Perte progressive de la vision centrale dans la *cataracte nucléaire* et la *dégénérescence maculaire* ; perte périphérique dans le *glaucome à angle ouvert* évolué ; perte unilatérale dans l'*hémianopsie* et les *quadransopsies* (p. 151)

Ces symptômes suggèrent un *décollement de la rétine*. Un examen ophtalmologique doit être fait en urgence

*Diplopie* dans les lésions du tronc cérébral ou du cervelet, également par faiblesse ou paralysie d'un ou plusieurs muscles extrinsèques de l'œil

## OREILLES

Demandez : « Comment entendez-vous ? »

Voir tableau 7-8 : « Types de surdité », p. 156-157

Est-ce que le patient a des difficultés particulières à comprendre ce que les gens disent ? Y a-t-il une différence quand l'environnement est bruyant ?

En cas d'*otalgie* (ou douleur dans l'oreille), recherchez de la fièvre, un mal de gorge, une toux, et une infection des voies aériennes supérieures en évolution.

Les *bourdonnements d'oreille* (ou acouphènes) n'ont pas de stimulus externe ; en général, ils sont perçus comme un tintement musical, un grondement ou un ronflement.

Recherchez des *vertiges*, sensations qu'a le patient que, lui-même ou son environnement, tourne ou pivote.

Les gens qui ont une *surdité neurosensorielle (de perception)* ont des difficultés à comprendre les paroles et se plaignent que les autres marmonnent ; des environnements bruyants aggravent les choses. Dans la *surdité de conduction (de transmission)*, un environnement bruyant peut améliorer les choses

*Otite externe* en cas de douleur de l'oreille externe ; *otite moyenne* si la douleur est interne et associée à une infection respiratoire

Quand ils sont associés à une surdité et à des vertiges, les bourdonnements d'oreille évoquent la *maladie de Ménière*

Vertiges dans les labyrinthites, les lésions du NC VII, les lésions du tronc cérébral

## NEZ ET SINUS

---

La *rhinorrhée*, ou écoulement nasal, est souvent associée à une *congestion nasale*. Recherchez de plus des *éternuements*, un larmoiement, une irritation de la gorge, et aussi des *picotements* des yeux, du nez et de la gorge.

Les causes comprennent les infections virales, la *rhinite allergique* (rhume des foins) et la *rhinite vasomotrice*. Les picotements sont en faveur d'une origine allergique

Pour l'*épistaxis*, ou saignement de nez, identifiez l'origine du saignement avec soin. Le sang provient-il du nez ou le patient a-t-il craché ou vomé du sang ? Évaluez le site du saignement, son abondance et les symptômes associés.

Les causes locales d'épistaxis comprennent le traumatisme (en particulier grattage du nez), l'inflammation, la sécheresse et les croûtes de la muqueuse nasale, les tumeurs et les corps étrangers

## BOUCHE, GORGE ET COU

---

Le *mal de gorge* (pharyngite, angine) est une plainte fréquente. Recherchez une fièvre, une adénopathie et une toux.

Fièvre, sécrétions pharyngées et adénopathie cervicale antérieure, notamment en l'absence de toux, suggèrent une *pharyngite* ou une *angine à streptocoques* (voir p. 161)

Un *enrouement* (ou dysphonie) peut être dû à un surmenage vocal ; à des allergies, au tabagisme ou à l'inhalation de produits irritants.

Se voit aussi dans l'hypothyroïdie, des affections du larynx ou la compression des nerfs laryngés par des masses extrapharyngées

Évaluez la fonction thyroïdienne. Posez des questions au sujet d'un *goitre*, d'une *intolérance thermique* et de la *transpiration*.

Dans un goitre, la fonction thyroïdienne peut être exagérée, diminuée ou normale. L'intolérance au froid suggère une *hypothyroïdie* ; une intolérance au chaud, des palpitations, et une perte de poids non désirée évoquent une *hyperthyroïdie*

## PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

### Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Modifications de la vision, cataractes, dégénérescence maculaire et glaucome.
- Surdité.
- Santé buccale.

Les *troubles de la vision* changent avec l'âge. Les adultes jeunes bien portants ont en général des vices de réfraction. Jusqu'à 25 % des adultes de plus de 65 ans ont des vices de réfraction, mais la prévalence des *cataractes*, de la *dégénérescence maculaire* et du *glaucome* augmente chez eux. Le glaucome est la première cause de c civit  chez les Afro-Américains et la deuxième dans la population générale. Il provoque une perte de vision progressive, par atteinte du nerf optique, une altération des champs visuels, commençant habituellement par la périphérie, et une pâleur et une augmentation de taille de l'excavation de la papille optique (qui dépasse la moitié du diamètre de la papille).

Plus d'un tiers des adultes âgés de plus de 65 ans ont des *déficits auditifs détectables*. Les questionnaires et les audiom tres portatifs conviennent bien au dépistage périodique.

Assurez la promotion de la *santé buccale* : près de la moitié des enfants de 5 à 17 ans ont de 1 à 8 caries et l'adulte américain moyen a de 10 à 17 dents cariées, manquantes ou obturées. Plus de la moitié des adultes de plus de 65 ans n'ont plus de dents du tout ! Inspectez la cavité buccale à la recherche de dents cariées ou branlantes, d'une inflammation des gencives et de signes de parodontolyse (saignement, pus, recul des gencives, mauvaise haleine). Conseillez aux patients d'utiliser une pâte dentifrice au fluor, une brosse à dents et du fil dentaire et de consulter un dentiste au moins une fois par an.

# TECHNIQUES D'EXAMEN

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

### TÊTE

#### Examinez :

- les cheveux, à savoir leur abondance, leur répartition et leur texture
- le cuir chevelu, y compris les grosseurs et les lésions
- le crâne, y compris ses dimensions et ses contours
- la face, y compris sa symétrie et son expression (ou mimique)
- la peau, à savoir sa coloration, sa texture, sa pilosité, et des lésions éventuelles

Cheveux dispersés et grossiers dans le *myxoédème*, fins dans l'*hyperthyroïdie*

*Kystes sébacés* (loupes), *psoriasis*, *naevi pigmentaires*

*Hydrocéphalie*, enfoncement du crâne dû à un traumatisme (ou embarrure)

Paralysie faciale ; affect pauvre de la dépression ; émotions telles que la colère ou la tristesse

Peau pâle, fine ; hirsutisme ; acné ; cancer de la peau

### YEUX

Testez l'acuité visuelle des deux yeux.

Étudiez les champs visuels, si c'est indiqué.

#### Inspectez :

- la position et l'alignement des yeux

Diminution de l'acuité visuelle

Hémianopsie, quadranopsies dans les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Exophtalmie, strabisme

TECHNIQUES D'EXAMEN

- les sourcils
- les paupières
- les voies lacrymales
- les conjonctives et les sclérotiques
- les cornées, les iris et les cristallins

Examinez les pupilles :

- dimensions, forme et symétrie
- réaction à la lumière (réflexe photomoteur), et, si elle est anormale
- l'accommodation-convergence



ACCOMMODATION-CONVERGENCE

Évaluez la motricité oculaire extrinsèque, en observant :

- le reflet sur les cornées d'une lumière médiane

CONSTATATIONS POSSIBLES

Dermite séborrhéique

Orgelet, chalazion, ectropion, ptosis, xanthélasma

Dacryocystite

Œil rouge, jaunisse

Opacité cornéenne, cataracte

Myosis, mydriase, anisocorie

Absente en cas de paralysie du NC III

Ralentie dans la pupille tonique d'Adie ; présente dans la pupille de la syphilis (signe d'Argyll-Robertson)



Déséquilibre des muscles extrinsèques de l'œil

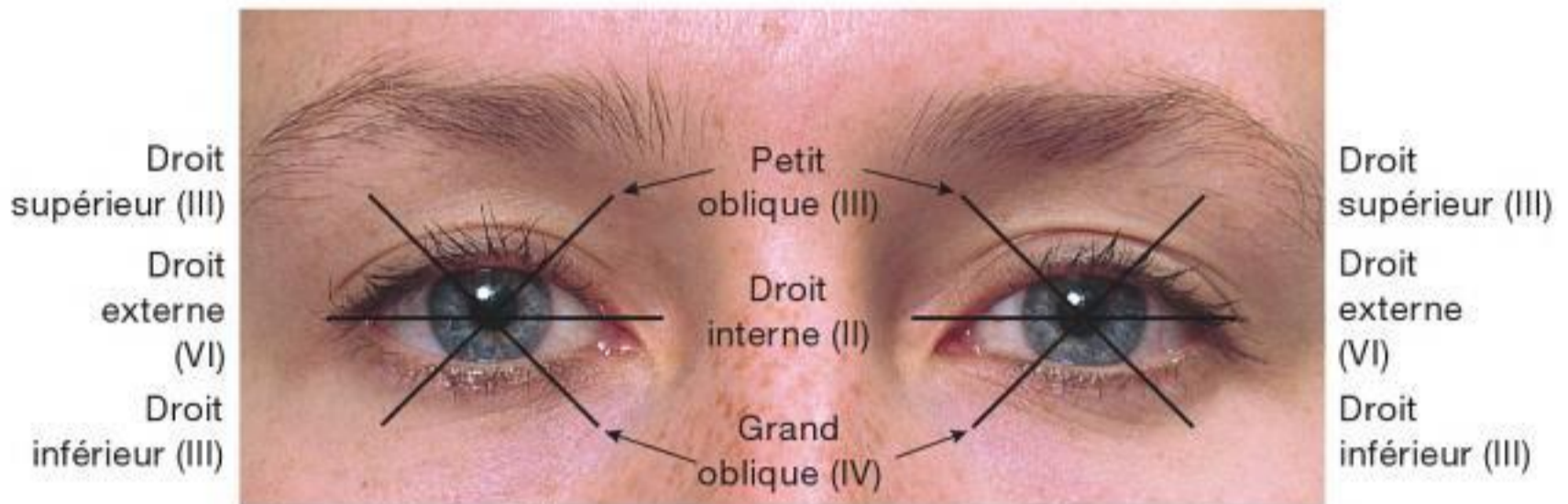


## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

- les 6 directions principales du regard

Paralysie des nerfs crâniens, strabisme, nystagmus, asynergie oculopalpébrale de l'hyperthyroïdie



- la convergence

Médiocre dans l'hyperthyroïdie

Inspectez les fonds d'yeux, avec un ophthalmoscope.

### ASTUCES POUR L'UTILISATION D'UN OPHTALMOSCOPE

- ✓ Faites l'obscurité dans la pièce. Tournez le disque des lentilles jusqu'au grand faisceau rond de lumière blanche. *Diminuez l'intensité du faisceau lumineux* afin que l'examen soit plus agréable pour le patient.
- ✓ Tournez le disque des lentilles jusqu'à 0 dioptrie (la dioptrie mesure la capacité qu'a une lentille de faire converger ou diverger la lumière).
- ✓ Tenez l'ophthalmoscope *avec la main droite* pour examiner *l'œil droit du patient* ; tenez-le *avec la main gauche* pour examiner *son œil gauche*, afin d'éviter de heurter son nez.
- ✓ Tenez l'ophthalmoscope fermement appuyé sur le bord interne de votre orbite, le manche incliné en dehors d'environ 20°. Demandez au patient de regarder, un peu vers le haut et par-dessus votre épaule, un point en face de lui, sur le mur.

(suite)

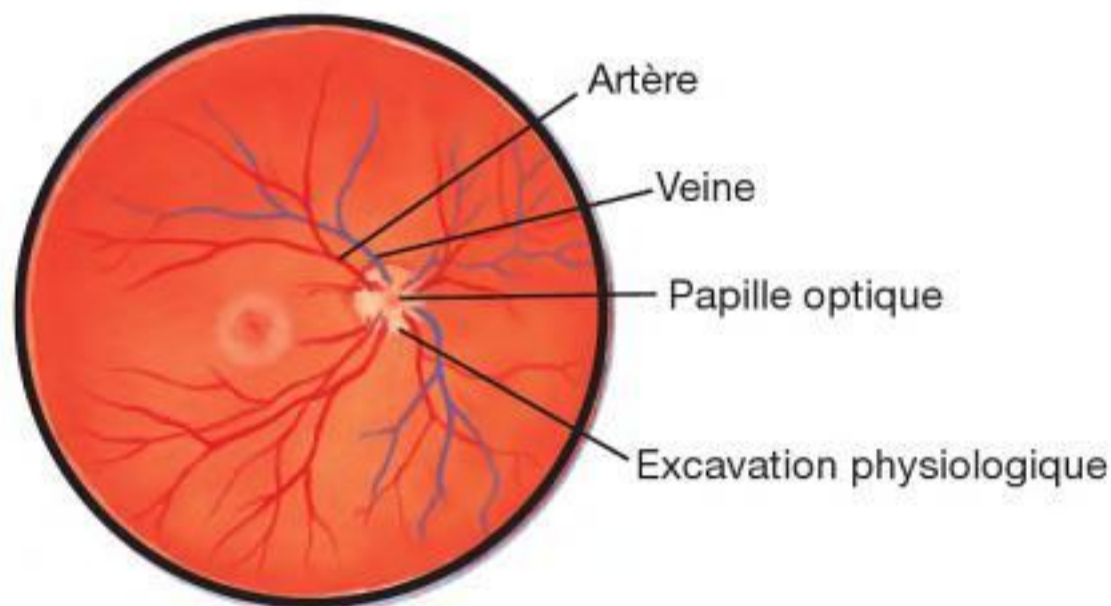
- ✓ Placez-vous à environ 40 cm du patient et à  $15^\circ$  en dehors de sa ligne de vision. Recherchez la lueur orangée dans la pupille, le *reflet rouge*. Notez toute opacité qui l'interromprait. L'absence de reflet rouge suggère une opacité du cristallin (cataracte), ou encore du vitré.
- ✓ Placez le pouce de votre autre main en travers du sourcil du patient. En maintenant le faisceau lumineux centré sur le reflet rouge, rapprochez-vous de la pupille, en faisant un angle de  $15^\circ$ , jusqu'à toucher les cils du patient. Réglez la position de l'ophtalmoscope et l'angle de vision *comme un ensemble* jusqu'à ce que vous voyiez le fond d'œil.

Inspectez les fonds d'yeux, à la recherche :

- du reflet rouge
- de la papille optique

Cataractes, prothèses oculaires

Œdème papillaire, excavation glaucomateuse, atrophie optique. Voir tableau 7-5 : « Anomalies de la papille optique », p. 153



- des artères, des veines et des croisements artérioveineux

Modifications hypertensives : rétrécissement A-V, artéριοles en fil de cuivre

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

- de la rétine adjacente (notez les lésions éventuelles)
- de la macula
- des structures antérieures

Hémorragies, exsudats, exsudats cotonneux, microanévrismes, pigmentation  
 Dégénérescence maculaire  
 Corps flottants du vitré, cataractes

### ASTUCES POUR L'EXAMEN DE LA PAPILLE OPTIQUE ET DE LA RÉTINE

- ✓ Repérez la papille optique (ou disque optique). Recherchez la structure ronde jaune orangé.
- ✓ À présent, mettez au point sur la papille optique, en réglant la lentille de votre ophtalmoscope.
- ✓ Inspectez la papille optique. Notez les caractéristiques suivantes :
  - la netteté du contour de la papille ;
  - la couleur de la papille ;
  - les dimensions de l'excavation physiologique (une excavation élargie suggère un glaucome à angle ouvert chronique) ;
  - les pulsations veineuses des veines rétiniennes, à leur point d'émergence du centre de la papille optique (la disparition de ces pulsations dans des pathologies telles qu'un traumatisme crânien, une méningite ou une tumeur cérébrale peut être le signe précoce d'une hypertension intracrânienne).
- ✓ Inspectez la rétine. Distinguez les artères et les veines d'après les caractères énumérés ci-dessous.

	Artères	Veines
Couleur	Rouge clair	Rouge sombre
Taille	Plus petite (2/3 à 4/5 du diamètre des veines)	Plus grande
Refllet lumineux	Brillant	Peu net ou absent

(suite)

- ✓ Suivez les vaisseaux vers la périphérie, dans les quatre directions.
- ✓ Inspectez la fovéa et la rétine environnante (*macula*). La dégénérescence maculaire peut être *sèche et atrophique* (forme plus fréquente mais moins grave) ou *humide et exsudative* (avec néovascularisation). Les débris cellulaires non digérés, appelés *druses*, peuvent être durs ou mous.

## OREILLES

Examinez les deux côtés.

### PAVILLON

Inspectez le pavillon.

Si vous suspectez une otite :

- tirez le pavillon vers le haut et vers le bas, et appuyez sur le tragus
- appuyez fermement derrière l'oreille

Chéloïdes, kystes sébacés

Douleur dans l'otite externe

Douleur provoquée possible dans l'otite moyenne et la mastoïdite

### CONDUIT AUDITIF EXTERNE ET CAISSE DU TYMPAN

Tirez le pavillon vers le haut, vers l'arrière et un peu en dehors.

Inspectez, *via* un spéculum auriculaire :

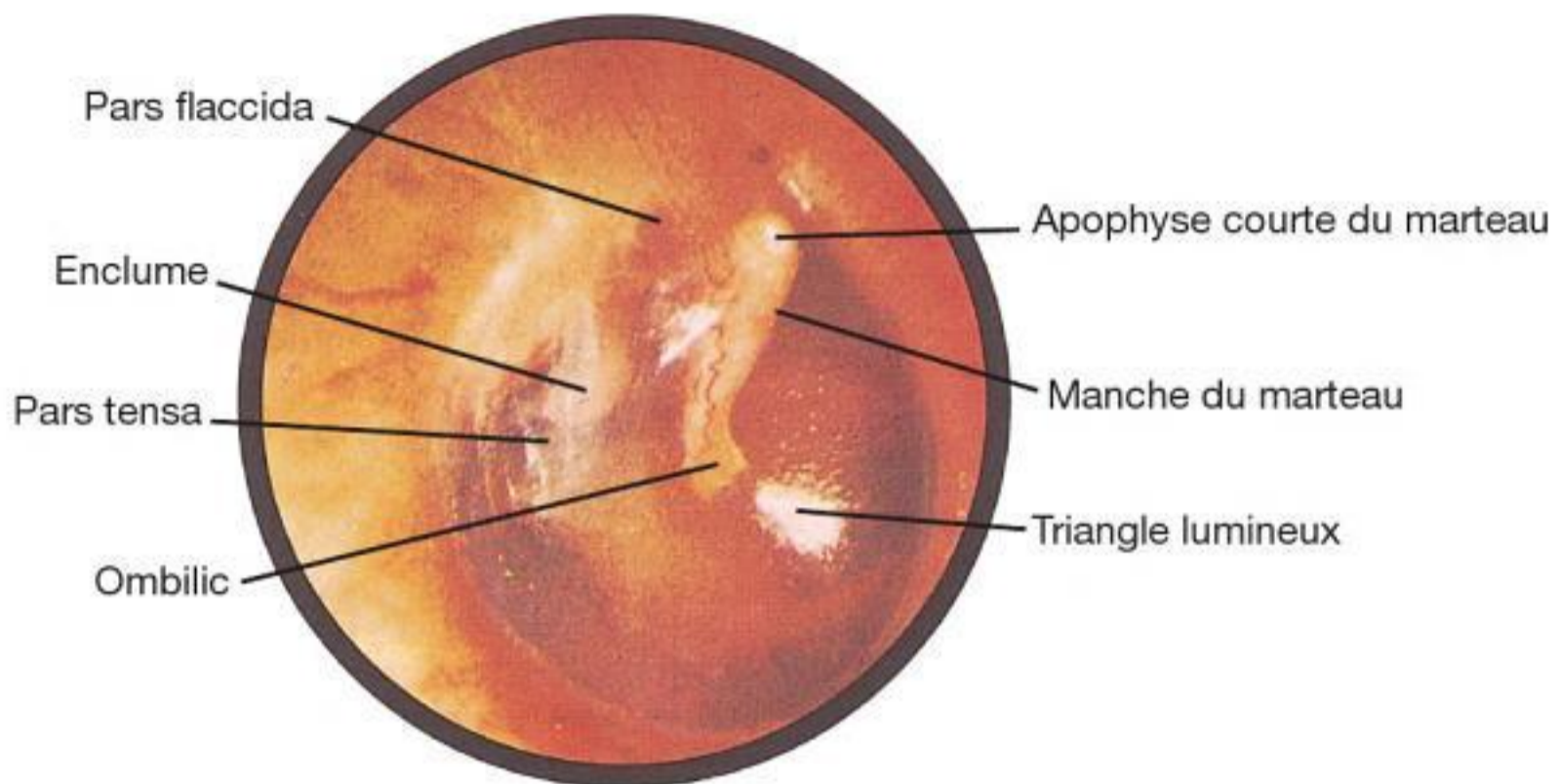
- le conduit auditif externe
- le tympan

Cérumen ; gonflement et érythème dans une otite externe

Tympan bombant et rouge dans l'otite moyenne aiguë ; otite moyenne séreuse, sclérose du tympan, perforations. Voir tableau 7-7 : « Anomalies du tympan », p. 155-156

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES



## AUDITION

**Appréciez** l'acuité auditive à l'aide de la voix parlée ou chuchotée.

Si l'audition est diminuée, utilisez un diapason de 512 Hz pour :

- tester la *latéralisation* (**épreuve de Weber**). Placez le diapason en vibration sur le vertex et contrôlez son audition
- comparer la *conduction aérienne et osseuse* (**épreuve de Rinne**). Placez le diapason en vibration sur la mastoïde, puis enlevez-le et contrôlez l'audition

Ces tests permettent de distinguer la surdité de perception de la surdité de transmission

Voir tableau 7-8 : « Types de surdité », p. 156-157

## NEZ ET SINUS

---

Inspectez le nez.

Inspectez, *via* un spéculum :

- la muqueuse nasale, qui recouvre la cloison et les cornets, en notant sa couleur et un gonflement éventuel
- la cloison nasale : position et intégrité

Palpez les sinus frontaux et maxillaires.

Muqueuse œdématisée et rouge dans les rhinites virales, œdématisée et pâle dans la rhinite allergique ; polypes ; ulcérations dues à la cocaïne

Déviaton, perforation

Douleur provoquée dans la sinusite aiguë

## BOUCHE ET PHARYNX

---

Inspectez :

- les lèvres
- la muqueuse buccale
- les gencives
- les dents
- la voûte du palais
- la langue, y compris :
  - ses papilles
  - sa symétrie
  - ses lésions éventuelles

Cyanose, pâleur, chéilite

Aphtes

Gingivite, parodontolyse

Caries, dents manquantes

Torus palatinus

Voir tableau 7-10 : « Anomalies de la langue », p. 159-160

Glossite

Déviaton vers un côté, par paralysie du NC XII due à un AVC

Cancer

## TECHNIQUES D'EXAMEN

- le plancher de la bouche
- le pharynx, y compris :
  - couleur et exsudats
  - présence et dimensions des amygdales
  - symétrie du voile du palais quand le patient dit « Ah »

## CONSTATATIONS POSSIBLES

Cancer

Voir tableau 7-11 : « Anomalies du pharynx », p. 161

Pharyngites

Amygdalites, abcès péri-amygdalien

Absence d'élévation du voile du palais dans la paralysie du NC X due à un AVC

## COU

Inspectez le cou.

**Palpez** les ganglions lymphatiques.

Inspectez et **palpez** la position de la trachée.

Inspectez la glande thyroïde :

- au repos
- quand le patient déglutit de l'eau

Par l'arrière du patient, **palpez** la thyroïde, à savoir l'isthme et les lobes latéraux :

- au repos
- quand le patient déglutit de l'eau

Cicatrices, masses, torticolis

Adénopathie cervicale de nature inflammatoire ou maligne, infection à VIH

Trachée déviée par une masse cervicale ou un pneumothorax

Goitre, nodules. Voir tableau 7-12 : « Anomalies de la glande thyroïde », p. 162

Goitre, nodules, sensibilité d'une thyroïdite



Après avoir examiné la glande thyroïde de l'arrière du patient, vous pouvez pratiquer l'examen musculosquelettique du cou et de la partie supérieure du dos et rechercher une douleur provoquée dans les angles costovertébraux.

## CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

### Consigner l'examen physique : Tête, Yeux, Oreilles, Nez et Gorge (TYONG)

*TYONG : Tête* – Le crâne a une forme normale ; pas de lésions traumatiques. Les cheveux ont une texture normale. *Yeux* – Acuité visuelle de 10/10 des deux côtés. Sclérotiques blanches, conjonctives roses. Pupilles passant de 4 à 2 mm, rondes, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Papilles à bords nets ; pas d'hémorragies ni d'exsudats, pas de rétrécissement artériolaire. *Oreilles* – Bonne audition de la voix chuchotée. Tympan avec des triangles lumineux corrects. Weber médian. CA > CO. *Nez* – Muqueuse nasale rose, cloison médiane. Pas de douleur provoquée des sinus. *Gorge (ou bouche)* – Muqueuse buccale rose, dentition en bon état, pas d'exsudats pharyngés. *Cou* – Trachée médiane. Cou souple ; isthme de la thyroïde palpable ; lobes non perçus. *Ganglions lymphatiques* – Pas d'adénopathies cervicales, axillaires, épitrochléennes ou inguinales.



## AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 7-1

## Céphalées primaires

Problème	Caractéristiques fréquentes	Symptômes associés Facteurs déclenchants ou d'amélioration
<i>Céphalées de tension</i>	<p><b>Localisation</b> : variable</p> <p><b>Qualité</b> : pesantes ou constrictives, d'intensité légère à modérée</p> <p><b>Début</b> : progressif</p> <p><b>Durée</b> : de quelques minutes à plusieurs jours</p>	<p>Parfois photophobie, phonophobie ; pas de nausées</p> <p>↑ par tension musculaire soutenue, comme dans la conduite automobile ou la dactylographie</p> <p>↓ possible par massage, relaxation</p>
<p><i>Migraines</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ avec aura</li> <li>■ sans aura</li> <li>■ variantes</li> </ul>	<p><b>Localisation</b> : unilatérale dans ≈ 70 % des cas ; bifrontale ou globale dans ≈ 30 % des cas</p> <p><b>Qualité</b> : pulsatile ou sourde, d'intensité variable</p> <p><b>Début</b> : assez rapide, maximum en 1-2 h</p> <p><b>Durée</b> : 4 à 72 h</p>	<p>Nausées, vomissements, photophobie, phonophobie ; auras visuelles (éclairs lumineux), motrices, touchant la main et le membre supérieur, sensibles (engourdissements et fourmillements, précédant habituellement les céphalées)</p> <p>↑ par l'alcool, certains aliments ou une tension psychique, du bruit, une lumière vive. Plus fréquente en période prémenstruelle</p> <p>↓ par pièce obscure et silencieuse ; le sommeil</p>
<i>Céphalées vasculaires</i>	<p><b>Localisation</b> : unilatérales, habituellement derrière ou autour de l'œil</p> <p><b>Qualité</b> : profondes, permanentes, intenses</p> <p><b>Début</b> : brusque, maximum en quelques minutes</p> <p><b>Durée</b> : jusqu'à 3 h</p>	<p>Larmolement, rhinorrhée, myosis, ptosis, œdème palpébral, hyperhémie conjonctivale</p> <p>↑ de la sensibilité à l'alcool au cours de certains accès</p>

TABLEAU 7-2

## Céphalées secondaires

Problème	Caractéristiques fréquentes	Symptômes associés Facteurs déclenchants ou d'amélioration
<i>Rebond aux analgésiques</i>	<p><b>Localisation :</b> comme la céphalée antérieure</p> <p><b>Qualité :</b> variable</p> <p><b>Début :</b> variable</p> <p><b>Durée :</b> dépend du type de la céphalée antérieure</p>	<p>Dépendent du type de céphalée antérieure</p> <p>↑ par fièvre, monoxyde de carbone, hypoxie, arrêt de la caféine, autres facteurs déclenchants de céphalée</p> <p>↓ dépend de la cause</p>
<p><i>Céphalées dues à des troubles oculaires</i></p> <p><i>Vices de réfraction (hypermétropie et astigmatisme, mais pas myopie)</i></p>	<p><b>Localisation :</b> autour et sur les yeux, pouvant irradier à la région occipitale</p> <p><b>Qualité :</b> permanentes, pénibles, sourdes</p> <p><b>Début :</b> progressif</p> <p><b>Durée :</b> variable</p>	<p>Fatigue oculaire, sensation de « sable dans les yeux », hyperhémie conjonctivale</p> <p>↑ par surmenage oculaire, en particulier dans le travail de près</p> <p>↓ par repos oculaire</p>
<i>Glaucome aigu</i>	<p><b>Localisation :</b> dans et autour d'un œil</p> <p><b>Qualité :</b> permanentes, pénibles, souvent intenses</p> <p><b>Début :</b> souvent rapide</p> <p><b>Durée :</b> variable, peut dépendre du traitement</p>	<p>Baisse de la vision, parfois nausées et vomissements</p> <p>↑ parfois déclenchées par un collyre mydriatique</p>
<i>Céphalées des sinusites</i>	<p><b>Localisation :</b> habituellement au-dessus des yeux (sinus frontaux) ou sur les sinus maxillaires</p>	<p>Douleur locale, congestion nasale, écoulement et fièvre</p> <p>↑ par la toux, les éternuements ou des coups sur le crâne</p>



TABLEAU 7-2

Céphalées secondaires (*suite*)

Problème	Caractéristiques fréquentes	Symptômes associés Facteurs déclenchants ou d'amélioration
	<p><b>Qualité :</b> pénibles ou pulsatiles, d'intensité variable ; pensez à la possibilité d'une migraine</p> <p><b>Début :</b> variable</p> <p><b>Durée :</b> souvent plusieurs heures d'affilée, récidivant plusieurs jours ou plus longtemps</p>	<p>↓ par décongestionnants nasaux, antibiotiques</p>
<i>Méningite</i>	<p><b>Localisation :</b> diffuse</p> <p><b>Qualité :</b> permanentes ou pulsatiles, très intenses</p> <p><b>Début :</b> très rapide</p> <p><b>Durée :</b> variable, habituellement plusieurs jours</p>	<p>Fièvre, raideur de la nuque</p>
<i>Hémorragie sous-arachnoïdienne</i>	<p><b>Localisation :</b> diffuse</p> <p><b>Qualité :</b> très intense, atroce (« la pire de ma vie »)</p> <p><b>Début :</b> brusque en général. Il peut y avoir des prodromes.</p> <p><b>Durée :</b> variable, plusieurs jours en général</p>	<p>Nausées, vomissements, parfois perte de conscience, douleur cervicale</p>
<i>Tumeur cérébrale</i>	<p><b>Localisation :</b> varie avec le siège de la tumeur</p> <p><b>Qualité :</b> pénibles, permanentes, d'intensité variable</p> <p><b>Début :</b> variable</p> <p><b>Durée :</b> souvent brève</p>	<p>↑ par la toux, les éternuements et les mouvements brusques de la tête</p>



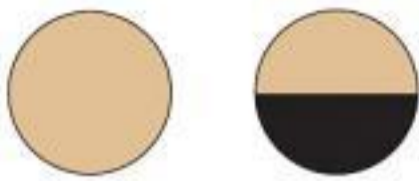
TABLEAU 7-2

Céphalées secondaires (*suite*)

Problème	Caractéristiques fréquentes	Symptômes associés Facteurs déclenchants ou d'amélioration
<p><i>Névralgies crâniennes :</i> <i>Névralgie du trijumeau (NC V)</i></p>	<p><b>Localisation :</b> joue, mâchoires, lèvres, gencives ; 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> branches du trijumeau &gt; 1<sup>re</sup> branche</p> <p><b>Qualité :</b> comme un coup, un élancement, une brûlure ; intense</p> <p><b>Début :</b> brusque, paroxysmique</p> <p><b>Durée :</b> chaque coup dure quelques secondes, mais se répète à des intervalles de quelques secondes ou minutes</p>	<p>Épuisement par les récurrences douloureuses</p> <p>↑ par le toucher de certaines zones de la partie inférieure de la face ou le fait de mâcher, parler, se brosser les dents</p>
<p><i>Maladie de Horton (ou artérite temporale à cellules géantes)</i></p>	<p><b>Localisation :</b> près de l'artère intéressée, souvent l'artère temporale, parfois l'artère occipitale ; liée à l'âge</p> <p><b>Qualité :</b> pulsatile, généralisée, tenace, souvent intense</p> <p><b>Début :</b> progressif ou rapide</p> <p><b>Durée :</b> variable</p>	<p>Sensibilité du cuir chevelu avoisinant ; fièvre (≈ 50 % des cas), fatigue, perte de poids ; céphalée récente (≈ 60 %), claudication intermittente de la mâchoire (≈ 50 %), baisse de la vision ou cécité (≈ 15 à 20 %), rhumatisme inflammatoire des ceintures (≈ 50 %)</p> <p>↑ par mouvements du cou et des épaules</p>
<p><i>Céphalées post-traumatiques</i></p>	<p><b>Localisation :</b> peuvent être localisées à la zone du traumatisme, mais pas forcément</p> <p><b>Qualité :</b> généralisées, sourdes, pénibles, permanentes</p> <p><b>Début :</b> dans les heures suivant le traumatisme</p> <p><b>Durée :</b> des semaines, des mois, voire des années</p>	<p>Troubles de l'attention et de la mémoire, vertiges, irritabilité, agitation, fatigue</p> <p>↑ par l'effort physique ou mental, la tension, les épreuves, les émotions intenses, l'alcool</p> <p>↓ par le repos</p>

TABLEAU 7-3

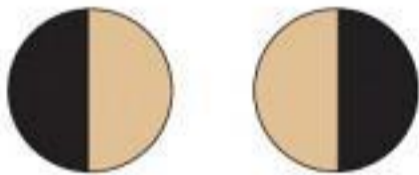
## Altérations du champ visuel



**Déficit horizontal**, habituellement dû à une lésion vasculaire de la rétine



**Cécité unilatérale**, due à une lésion de la rétine ou du nerf optique



**Hémianopsie bitemporale**, due à une lésion du chiasma optique



**Hémianopsie homonyme**, due à une lésion de la bandelette optique ou des radiations optiques du côté opposé à la zone aveugle



**Quadranopsie homonyme**, due à une lésion partielle des radiations optiques du côté opposé à la zone aveugle

**GAUCHE DROITE**  
*(du point de vue  
du patient)*

TABLEAU 7-4

## Trouvailles dans et autour de l'œil

## Paupières



**Ptosis.** Paupière supérieure tombante, qui rétrécit la fente palpébrale, due à un trouble neurologique ou musculaire



**Ectropion.** Retournement vers l'extérieur du bord de la paupière inférieure, qui expose la conjonctive palpébrale



TABLEAU 7-4

Trouvailles dans et autour de l'œil (*suite*)



**Entropion.** Retournement vers l'intérieur du bord de la paupière inférieure, qui entraîne une irritation de la cornée et de la conjonctive

Dans et autour de l'œil



**Pinguécula.** Nodule jaunâtre inoffensif de la conjonctive bulbaire, de chaque côté de l'iris ; lié au vieillissement



**Épisclérite.** Rougeur oculaire localisée due à l'inflammation des vaisseaux épiscléraux



**Orgelet.** Infection du follicule pileux d'un cil, près du bord de la paupière



**Chalazion.** Petit nodule d'une paupière, dû à l'inflammation chronique d'une glande de Meibomius

TABLEAU 7-5

## Anomalies de la papille optique

**Normal****Processus**

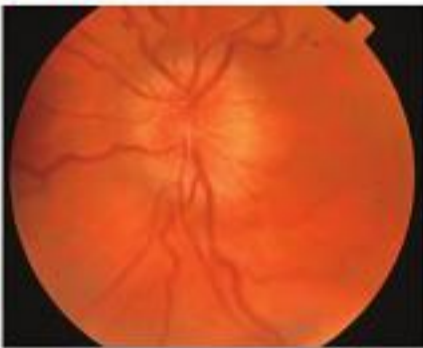
Les petits vaisseaux papillaires donnent sa couleur normale à la papille

**Aspect**

La papille est jaune orangé à rose crémeux

Les vaisseaux papillaires sont petits

Les bords de la papille sont nets (sauf parfois du côté nasal)

**Œdème papillaire**

La stase veineuse entraîne un engorgement et un gonflement

La papille est rose, hyperhémique

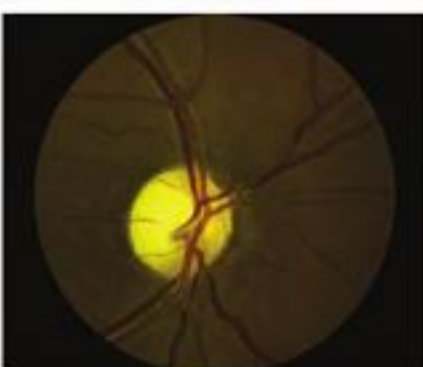
Les vaisseaux papillaires sont plus visibles, plus nombreux et se recourbent sur les bords de la papille

La papille est gonflée, avec des bords flous

**Excavation glaucomateuse**

Une hypertension intra-oculaire entraîne une accentuation de l'excavation (dépression de la papille) et une atrophie

Le fond de l'excavation élargie est pâle

**Atrophie optique**

La mort des fibres du nerf optique entraîne la disparition des petits vaisseaux de la papille

La papille est blanche  
Il n'y a pas de vaisseaux papillaires

TABLEAU 7-6

## Rétinopathie diabétique

**Rétinopathie non proliférative, modérément sévère**

Notez les petits points rouges ou microanévrismes. Notez aussi l'anneau d'exsudats durs (taches blanches) en temporal supérieur. L'épaissement, ou œdème, de la rétine dans la zone d'exsudats durs peut altérer la vision s'il atteint le centre de la macula (la détection nécessite un examen stéréoscopique spécialisé)

**Rétinopathie non proliférative sévère**

Dans le quadrant temporal supérieur, notez la grande hémorragie rétinienne entre deux exsudats cotonneux, l'aspect moniliforme de la veine rétinienne (juste au-dessus d'eux), et les petits vaisseaux rétiniens tortueux au-dessus de l'artère temporale supérieure (dénommés *anomalies microvasculaires intrarétiniennes*)

**Rétinopathie proliférative avec néovascularisation**

Notez les néovaisseaux pré-rétiniens naissant sur la papille et dépassant ses bords. L'acuité visuelle est actuellement normale, mais le risque d'une baisse de la vision sévère est élevé (la photocoagulation peut réduire ce risque de plus de 50 %)

**Rétinopathie proliférative évoluée**

C'est le même œil, mais 2 ans plus tard et non traité. La néovascularisation a augmenté, avec maintenant une prolifération fibreuse, une déformation de la macula et une baisse de l'acuité visuelle

Source : Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Avec l'autorisation de M. F. Davis, MD, University of Wisconsin, Madison.

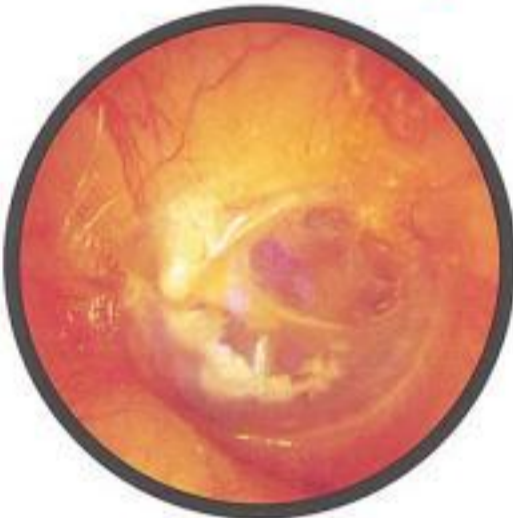


TABLEAU 7-7

## Anomalies du tympan

**Perforation**

Un trou dans le tympan, qui peut être central ou périphérique  
En général due à une *otite moyenne* ou à un traumatisme

**Sclérose du tympan**

Une plage d'une blancheur crayeuse  
Cicatrice d'une otite moyenne ancienne ; a peu ou pas de conséquences cliniques

**Épanchement séreux (ou otite séreuse)**

Du liquide ambré derrière le tympan, avec ou sans bulles d'air  
Associé aux infections des voies aériennes supérieures ou à de brusques changements de la pression atmosphérique (plongée, voyage en avion)



**TABLEAU 7-7**

**Anomalies du tympan (suite)**

**Otite moyenne aiguë**



Tympan bombé, rouge, qui n'a plus de repères visibles  
Associée à une infection bactérienne

**TABLEAU 7-8**

**Types de surdité**

**Surdité de transmission**

**Surdité de perception (ou neurosensorielle)**



**Compréhension des mots**

Peu perturbée

Souvent perturbée

**Effet d'un environnement bruyant**

Peut aider

Aggrave les difficultés d'audition

**Âge de début habituel**

Enfant, adulte jeune

Âge moyen et avancé



TABLEAU 7-8

Types de surdité (*suite*)

	Surdité de transmission	Surdité de perception (ou neurosensorielle)
<b>Conduit auditif externe et tympan</b>	Souvent une anomalie visible	Pas de problème visible
<b>�preuve de Weber (en cas de surdité unilatérale)</b>	Latéralisation du son du côté de l'oreille atteinte	Latéralisation du son du côté de la bonne oreille
<b>�preuve de Rinne</b>	CO > CA ou CO = CA	CA > CO
<b>Causes possibles</b>	Obstruction du conduit auditif externe (bouchon de cérumen), otite moyenne, tympan perforé ou immobile, otosclérose, corps étranger	Traumatisme sonore, certains médicaments, infections de l'oreille interne, maladies héréditaires, vieillissement

TABLEAU 7-9

## Anomalies des lèvres



**Chéilite commissurale (« perleche »).**  
Ramollissement et fissuration des commissures de la bouche



**Herpes simplex (« boutons de fièvre »).**  
Vésicules douloureuses puis croûtes



TABLEAU 7-9

Anomalies des lèvres (*suite*)



**Œdème angioneurotique.** Gonflement sous-cutané diffus, tendu, en général d'origine allergique



**Angiomatose hémorragique familiale (maladie de Rendu-Osler).** Taches rouges, significatives en raison d'hémorragie nasales et digestives associées



**Syndrome de Peutz-Jeghers.** Taches brunâtres des lèvres et de la muqueuse buccale, significatives du fait de la polypose intestinale associée



**Chancre syphilitique.** Lésion ferme, qui s'ulcère et peut devenir croûteuse



**Carcinome de la lèvre.** Placard épais ou nodule irrégulier, qui peut s'ulcérer et devenir croûteux. Malin.

TABLEAU 7-10

## Anomalies de la langue



**Langue géographique.** Zones dépapillées, lisses et éparses, donnant un aspect « en carte de géographie ». Anodine



**Langue pileuse.** Due à l'étirement des papilles, qui peuvent être jaunâtres, brunâtres ou noirâtres. Anodine



**Langue plicaturée.** Peut se voir chez le sujet âgé. Anodine



**Langue lisse (glossite atrophique).** Par disparition des papilles, due à une carence en vitamine B ou en fer, ou à des médicaments anticancéreux



**Candidose (muguet).** Peut donner un enduit blanchâtre épais qui, lorsqu'il est gratté, laisse apparaître une surface rouge, à vif ; la langue peut n'être que rouge ; est favorisée par les antibiotiques, les corticostéroïdes, le SIDA



TABLEAU 7-10

Anomalies de la langue (suite)



**Leucoplasie chevelue.** Zones surélevées, blanchâtres, « plumbeuses », siégeant habituellement sur les côtés de la langue



**Varices linguales (« grains de caviar »).** Petites tuméfactions rondes, foncées, à la face inférieure de la langue ; liées au vieillissement



**Ulcération aphteuse (aphte).** Petit ulcère blanchâtre, douloureux, avec un halo rouge ; cicatrise en 7 à 10 jours



**Plaque muqueuse de la syphilis.** Lésion ovale, un peu surélevée, recouverte d'une membrane grisâtre



**Carcinome de la langue ou du plancher de la bouche.** Tumeur maligne, qu'il faut évoquer devant tout nodule ou toute ulcération ne cicatrisant pas, sur la langue ou le plancher de la bouche

TABLEAU 7-11

## Anomalies du pharynx



**Pharyngite, légère à modérée.** Notez la rougeur et l'hypervascularisation des piliers et de la luette



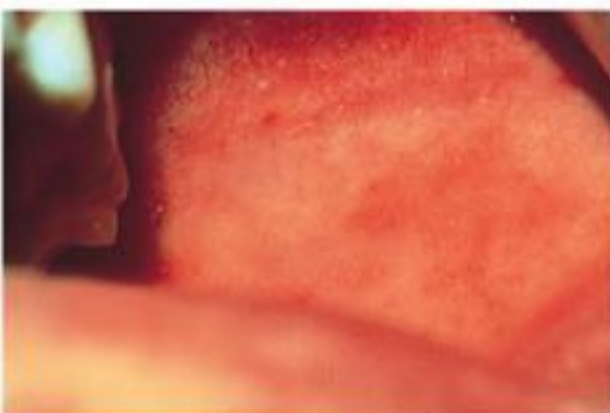
**Pharyngite, diffuse.** Notez la rougeur diffuse et intense. Sa cause peut être virale ou, si le patient est fébrile, bactérienne. En l'absence de fièvre, d'exsudats et d'adéno-pathie cervicale, une infection virale est plus probable



**Angine érythématopultacée.** Une gorge rouge avec des plaques d'enduit blanchâtre sur les amygdales est d'origine streptococcique ou virale



**Diphthérie.** Infection aiguë due à *Corynebacterium diphtheriae*. La gorge est rouge terne, et un exsudat grisâtre se forme sur la luette, le pharynx et la langue



**Signe de Koplick.** Ces petits points blancs qui ressemblent à des grains de sel sur un fond rouge se voient à la période d'invasion de la rougeole

TABLEAU 7-12

Anomalies de la glande thyroïde



**Hypertrophie diffuse.** Peut être due à une maladie de Basedow, à une thyroïdite de Hashimoto, à un goitre endémique (carence en iode) ou à un goitre sporadique



**Goitre multinodulaire.** Une thyroïde augmentée de volume, avec deux nodules identifiables ou plus, généralement d'origine métabolique



**Nodule isolé.** Peut être un kyste, une tumeur bénigne ou un cancer de la thyroïde, ou encore un nodule palpable au sein d'un goitre multinodulaire méconnu