

Thorax et poumons

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Symptômes banals ou inquiétants

- Douleur thoracique.
- Essoufflement (dyspnée).
- Sifflements respiratoires (*wheezing*).
- Toux.
- Crachats sanglants (hémoptysie).

Une *douleur thoracique* ou une *gêne thoracique* fait craindre une maladie cardiaque, mais provient souvent d'affections du thorax ou des poumons. Pour cet important symptôme, ayez en tête les causes possibles ci-dessous. Voyez aussi le tableau 8-1 : « Douleur thoracique », p. 175-177.

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ■ Le myocarde | Angine de poitrine (angor), infarctus du myocarde |
| ■ Le péricarde | Péricardite |
| ■ L'aorte | Anévrisme disséquant de l'aorte |
| ■ La trachée et les grosses bronches | Bronchite |
| ■ La plèvre pariétale | Pleurésie, pneumonie |

CHAPITRE 8

- La paroi thoracique, y compris les os, les muscles et la peau
- L'œsophage
- Les structures extrathoraciques, telles que le cou, la vésicule biliaire, l'estomac

Chondrite costale, zona

Œsophagite par reflux, spasmes œsophagiens

Rhumatisme cervical, colique hépatique, gastrite

Pour les patients *qui sont essoufflés*, concentrez-vous sur les *plaintes pulmonaires*, telles que :

- dyspnée et sifflements
- toux et hémoptysie

Voir tableau 8-2 : « Dyspnée », p. 178-179

Voir tableau 8-3 : « Toux et hémoptysie » p. 180-183

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

Bien que le tabagisme ait diminué au cours des dernières décennies, $\approx 23\%$ des Américains fument encore*. Conseillez à tous les adultes, femmes enceintes, parents et adolescents fumeurs d'arrêter de fumer :

- parlez du tabac à chaque consultation
- conseillez régulièrement aux patients d'arrêter de fumer, de façon claire et personnalisée
- évaluez la volonté d'arrêter du patient

* CDC (Centers for Diseases Control). At A Glance. Targeting tobacco use : the nation's leading cause of death, 2004. Accessible sur : www.cdc.gov/nccdphp/aag/pdf/aag_osh2004.pdf. Visité le 11 septembre 2007.

- aidez les patients à se fixer des dates pour s'arrêter et procurez-leur un matériel d'autoassistance
- programmez des consultations de suivi pour surveiller et soutenir les progrès du patient

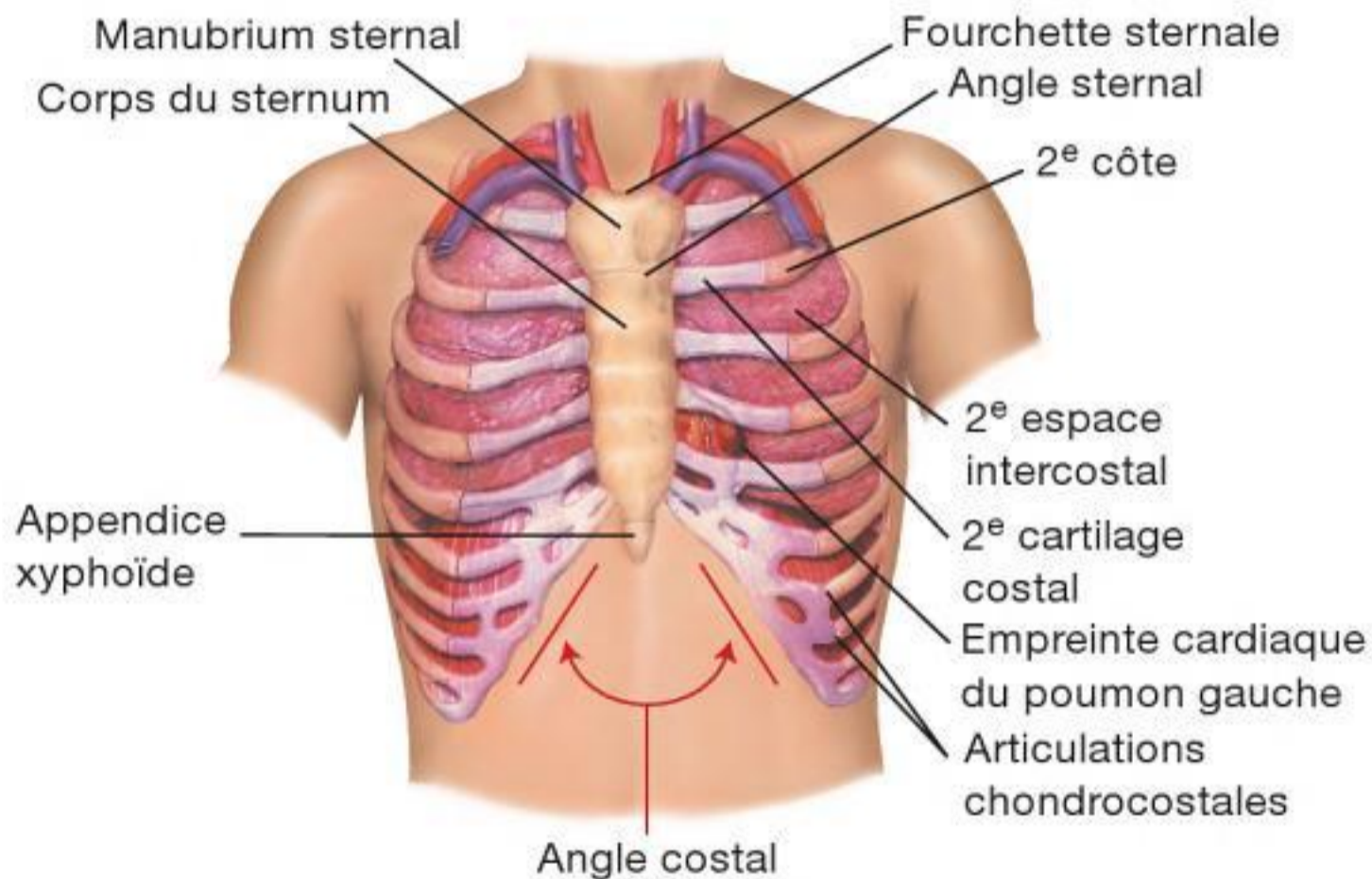
Vaccinez les groupes à risque contre la grippe et la pneumonie.

TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

PREMIER EXAMEN DU THORAX



Inspectez le thorax et les mouvements respiratoires

Notez :

- la fréquence, le rythme, l'amplitude et l'aisance de la respiration

Tachypnée, hyperpnée, respiration de Cheyne-Stokes

TECHNIQUES D'EXAMEN

- un creusement sus-claviculaire à l'inspiration
- une contraction des sterno-cléidomastoïdiens à l'inspiration

Observez la forme du thorax du patient.

Écoutez la respiration du patient :

- fréquence et rythme respiratoires
- stridor ?
- sifflements ?

CONSTATATIONS POSSIBLES

Se voit dans la maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO), l'asthme, l'obstruction des voies aériennes supérieures

Indique une gêne respiratoire sévère

Normale ou en tonneau (voir tableau 8-4 : « Déformations du thorax », p. 184-185)

14 à 16 respirations/minute chez l'adulte (voir chap. 4, p. 75)

Stridor dans l'obstruction des voies aériennes supérieures, due à un corps étranger ou à une épiglottite

Sifflements expiratoires dans l'asthme et la MPCO

THORAX POSTÉRIEUR

Inspectez le thorax à la recherche de :

- déformations ou asymétrie
- tirage intercostal anormal
- altération ou décalage unilatéral (ou asynchronisme) des mouvements respiratoires

Cyphoscoliose

Tirage dans l'obstruction des voies respiratoires

Maladie du poumon ou de la plèvre sous-jacents, paralysie du nerf phrénique

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

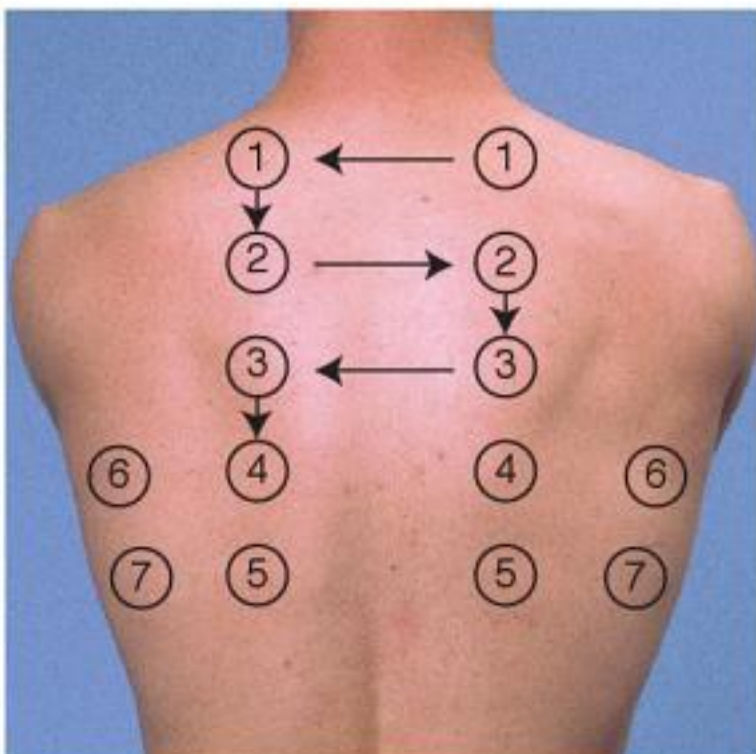
Palpez le thorax :

- zones douloureuses
- évaluation d'anomalies visibles
- ampliation thoracique



- vibrations vocales quand le patient dit « 33 »

Percutez le thorax dans les zones indiquées sur la photo, en comparant le côté droit avec le côté gauche à chaque niveau et en progressant « en barreaux d'échelle ».



Fractures de côtes

Masses, fistules

Altération bilatérale dans la MPCO et les maladies pulmonaires restrictives

Diminution ou augmentation, généralisée ou localisée

Matité, quand un épanchement liquidien ou une « condensation » remplacent le poumon normalement aéré ; *hypersonorité* dans l'emphysème et le pneumothorax

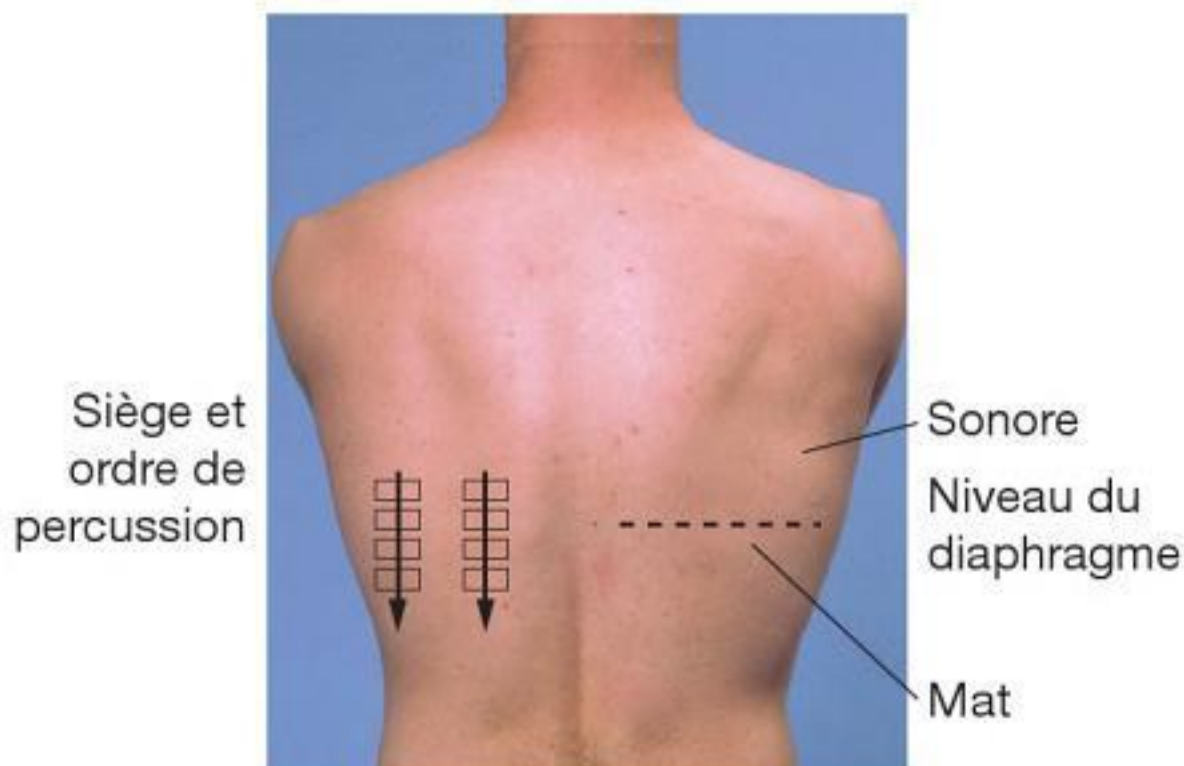


Sons de percussion

| | Intensité, hauteur et durée relatives | Exemples |
|-----------------------|---------------------------------------|--|
| Matité franche | Faible /aiguë /brève | Épanchement pleural abondant |
| Sub-matité | Moyenne /moyenne /moyenne | Pneumonie lobaire |
| Sonorité | Forte /grave /longue | Poumon normal ; bronchite chronique non compliquée |
| Hypersonorité | Plus forte /plus grave /plus longue | Emphysème, pneumothorax |
| Tympanisme | Forte /aiguë (le timbre est musical) | Pneumothorax important |

Localisez le niveau de la sub-matité diaphragmatique en percutant des deux côtés et **estimez** la course diaphragmatique après une inspiration profonde.

Un épanchement pleural ou une paralysie diaphragmatique élèvent la limite supérieure de la sub-matité



TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Auscultez le thorax, en progressant « en barreaux d'échelle » et en comparant le côté droit et le côté gauche.



- Évaluez les bruits respiratoires.
- Notez les bruits surajoutés (adventices) éventuels.

Précisez leurs qualités, leur temps respiratoire et leur localisation sur la paroi thoracique. Disparaissent-ils dans l'inspiration profonde ou après la toux ?

Voir tableau 8-5 : « Signes physiques dans diverses affections thoraciques », p. 186-187



Murmure vésiculaire, bruits bronchovésiculaires et bruits bronchiques ; diminution des bruits respiratoires en cas de diminution du débit aérien

Craquements (râles crépitants et sous-crépitanants) et bruits continus (sifflements et ronchi)

| Bruits respiratoires | | | |
|--|--------------|---|--|
| | Durée | Intensité et hauteur du bruit expiratoire | Exemple de localisation |
| Murmure vésiculaire  | Insp. > exp. | Faible/grave | La plus grande partie des poumons |
| Bruits bronchovésiculaires  | Insp. = exp. | Moyenne/moyenne | 1 ^{er} et 2 ^e espaces intercostaux, zone interscapulaire |





Bruits respiratoires (suite)

| | | | |
|--|--------------|------------------|--|
| Bruits bronchiques  | Exp. > insp. | Forte/aiguë | Sur le manubrium ; dans la pneumonie lobaire |
| Bruits trachéaux  | Insp. = exp. | Très forte/aiguë | Sur la trachée |

La longueur du trait indique la durée ; son épaisseur, l'intensité ; sa pente, la hauteur du bruit.

Bruits respiratoires surajoutés

| | |
|---|---|
| Craquements (râles crépitants et sous-crépitan) | Sifflements et ronchi |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Discontinus ■ Intermittents, non musicaux et brefs ■ Comme des points dans le temps ■ <i>Craquements fins</i> (râles crépitants proprement dits) : doux, aigus, très brefs (5 à 10 ms) ■ <i>Craquements grossiers</i> (râles sous-crépitan) : un peu plus forts, plus graves, brefs (20 à 30 ms) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Continus ■ ≥ 250 ms, musicaux, prolongés (ne persistent pas forcément pendant tout le cycle respiratoire) ■ Comme des tirets dans le temps ■ <i>Sifflements</i> : relativement aigus (≥ 400 Hz), avec un caractère sifflant ou strident  ■ <i>Ronchi</i> : relativement graves (≤ 200 Hz), avec un caractère ronflant  |

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Étudiez la transmission de la voix si vous avez entendu des bruits bronchiques dans des lieux inhabituels. Demandez au patient de :

- dire à haute voix « 33 » et « éé »
- chuchoter « 33 » ou « 1, 2, 3 »

Bronchophonie et égophonie

Pectoriloquie aphone

Transmission de la voix

À travers des poumons normalement aérés

Mots dits à haute voix, assourdis et indistincts

L'« éé » dit est entendu « éé »

Mots chuchotés faibles et indistincts, voire inaudibles

Habituellement, murmure vésiculaire et vibrations vocales normaux

À travers des poumons non aérés*

Mots dits à haute voix, plus forts et plus nets (*bronchophonie*)

L'« éé » dit est entendu « ai » (*égophonie*)

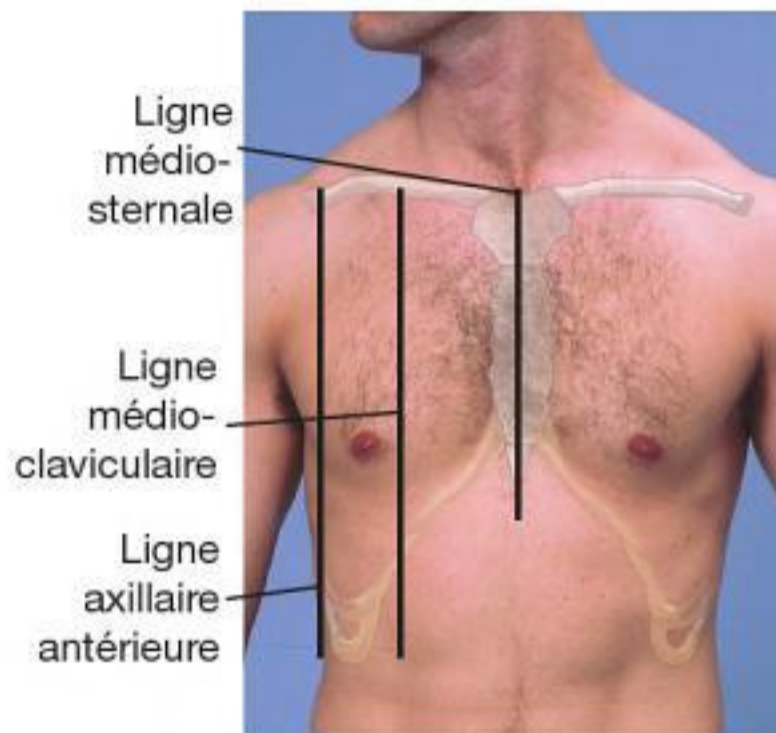
Mots chuchotés plus forts et plus nets (*pectoriloquie aphone*)

Habituellement, bruits bronchiques et bronchovésiculaires surajoutés et vibrations vocales augmentées

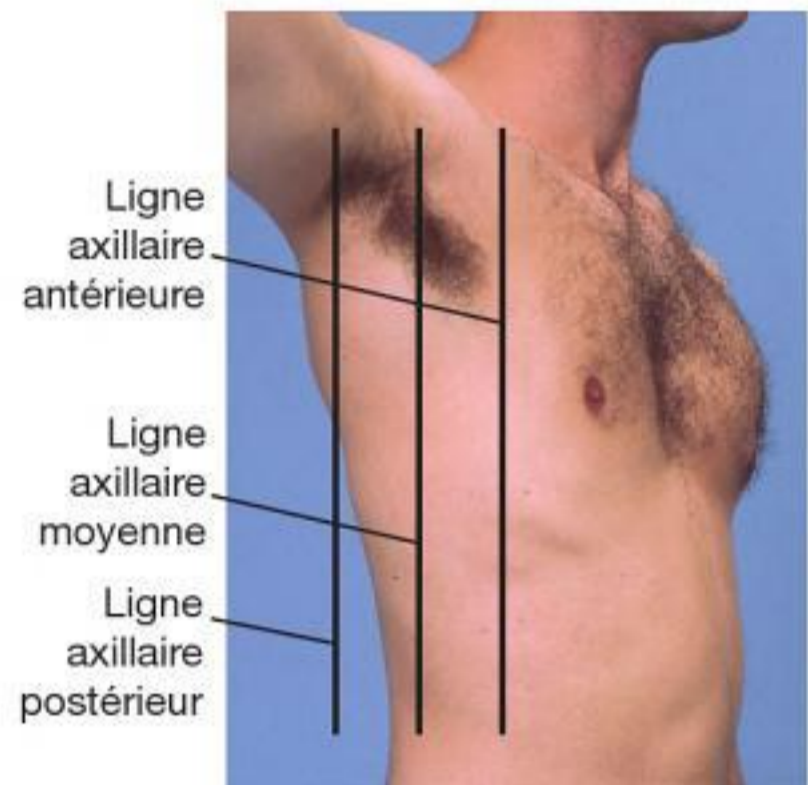
* Comme dans la pneumonie lobaire et au sommet d'un épanchement pleural abondant.

Pendant que le patient est encore assis, vous pouvez inspecter les seins et examiner les aisselles et les ganglions épitrochléens, et examiner l'articulation temporomandibulaire et l'appareil locomoteur aux membres supérieurs.

THORAX ANTÉRIEUR



VUE ANTÉRIEURE



VUE OBLIQUE ANTÉRIEURE DROITE

Inspectez le thorax :

- déformations ou asymétrie ?
- tirage intercostal ?
- altération ou décalage des mouvements respiratoires ?

Palpez le thorax :

- zones douloureuses ?
- évaluation d'anomalies visibles
- ampliation thoracique ?
- vibrations vocales ?

Pectus excavatum

Par obstruction des voies aériennes

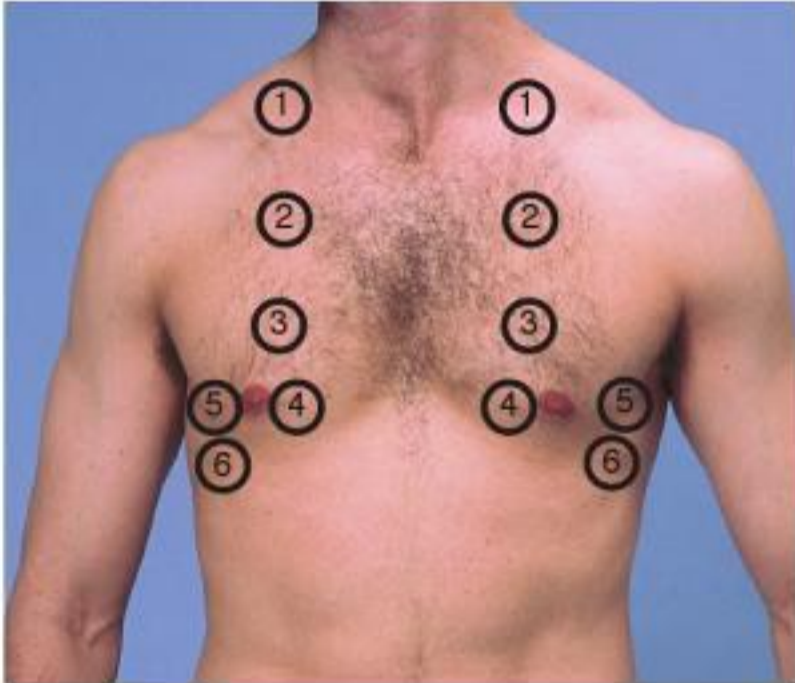
Maladie du poumon ou de la plèvre sous-jacents, paralysie du nerf phrénique

Muscles pectoraux sensibles, chondrite costale

Volet costal

TECHNIQUES D'EXAMEN

Percutez le thorax dans les zones indiquées sur le schéma.



CONSTATATIONS POSSIBLES

La sub-matité normale du cœur peut disparaître en cas d'emphysème

Auscultez le thorax. Notez :

- les bruits respiratoires
- les bruits surajoutés
- et, si c'est indiqué, la transmission de la voix

→ TECHNIQUES SPÉCIALES

🔑 ÉVALUATION DE LA FONCTION PULMONAIRE

Descendez avec le patient dans le hall, ou montez un escalier avec lui. Notez la fréquence, l'effort et le bruit de la respiration, et recherchez des symptômes.

Les adultes âgés qui font 8 pas en moins de 3 secondes ont moins de risques d'être handicapés que ceux qui le font en 5-6 secondes



TEMPS D'UNE EXPIRATION FORCÉE

Demandez au patient d'inspirer profondément, puis d'expirer aussi rapidement et complètement que possible, avec la bouche ouverte.

Auscultez la trachée avec la membrane du stéthoscope, et chronométrez le temps d'expiration audible. Essayez de faire 3 mesures concordantes, en permettant au patient de se reposer entre elles autant que nécessaire.

Si le patient comprend et coopère bien, un temps d'expiration forcée de 6 à 8 secondes suggère fortement une MPCO

CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Consigner l'examen physique : thorax et poumons

« Le thorax est symétrique, avec une bonne ampliation. Poumons sonores. Murmure vésiculaire audible ; pas de râles crépitants, de sifflements ni de ronchi. Course du diaphragme de 4 cm de chaque côté. »

Ou

« Thorax symétrique avec cyphose modérée et diamètre antéro-postérieur augmenté, ampliation diminuée. Poumons hyper-sonores. Murmure vésiculaire lointain, avec phase expiratoire retardée et sifflements expiratoires diffus. Vibrations vocales diminuées ; pas de bronchophonie, d'égophonie ni de pectoriloquie de la voix chuchotée. Course du diaphragme de 2 cm de chaque côté. »

(Suggère une MPCO)

AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 8-1

Douleur thoracique

Problème et localisation

Qualité, intensité, chronologie et symptômes associés

Cardiovasculaire

Angine de poitrine (angor)

Rétrosternale ou en barre thoracique antérieure, irradiant parfois aux épaules, aux bras, au cou, à la mâchoire inférieure, ou à la partie supérieure de l'abdomen

Qualité : à type de pression, constriction, oppression, pesanteur, parfois brûlure

Intensité : faible à modérée ; parfois perçue plus comme une gêne que comme une véritable douleur

Durée : en général de 1 à 3 min, mais jusqu'à 10 min. Épisodes prolongés jusqu'à 20 min

Symptômes associés : parfois dyspnée, nausées et sueurs

Infarctus du myocarde

Identique à l'angor

Qualité : identique à l'angor

Intensité : douleur souvent, mais pas toujours, intense

Durée : de 20 min à plusieurs heures

Symptômes associés : nausées, vomissements, sueurs, faiblesse

Péricardite

Précordiale : peut irradier à l'épaule et au cou

Qualité : aiguë, en coup de poignard

Intensité : souvent intense

Durée : persistante

Symptômes associés : ceux de la maladie sous-jacente ; soulagement en se penchant en avant



TABLEAU 8-1

Douleur thoracique (*suite*)

Problème et localisation

Qualité, intensité, chronologie et symptômes associés

*Rétro-sternale***Qualité** : constrictive**Intensité** : intense**Durée** : persistante**Symptômes associés** : ceux de la maladie sous-jacente*Anévrisme disséquant de l'aorte*

Thoracique antérieure, irradiant dans le cou, le dos ou l'abdomen

Qualité : à type de déchirure, arrachement**Intensité** : très intense**Durée** : début brusque, maximum précoce, persistance pendant des heures ou plus**Symptômes associés** : syncope, hémiplégie, paraplégie**Pulmonaire***Trachéobronchite*

À la partie supérieure du sternum ou d'un côté ou de l'autre du sternum

Qualité : à type de brûlure**Intensité** : faible à modérée**Durée** : variable**Symptômes associés** : toux*Douleur pleurale*

Sur la paroi thoracique, au niveau du processus

Qualité : aiguë, en coup de poignard**Intensité** : souvent intense**Durée** : persistante**Symptômes associés** : ceux de la maladie sous-jacente

TABLEAU 8-1

Douleur thoracique (*suite*)

Problème et localisation

Qualité, intensité, chronologie et symptômes associés

Digestif ou autre*Œsophagite par reflux*

Rétrosternale, pouvant irradier dans le dos

Qualité : à type de brûlure, parfois constrictive

Intensité : faible à intense

Durée : variable

Symptômes associés : parfois régurgitations, dysphagie

Spasmes diffus de l'œsophage

Rétrosternale, pouvant irradier dans le dos, les bras et la mâchoire

Qualité : habituellement constrictive

Intensité : faible à intense

Durée : variable

Symptômes associés : dysphagie

Douleurs pariétales

Souvent sous le sein gauche ou le long des cartilages costaux ; parfois ailleurs

Qualité : en coup de poignard, piqure d'aiguille ou sourde

Intensité : variable

Durée : évoluant sur des heures ou des jours

Symptômes associés : souvent douleur provoquée localement

Anxiété/Attaque de panique

TABLEAU 8-2

Dyspnée

| Problème | Allure évolutive | Facteurs déclenchants ou d'amélioration |
|---|--|---|
| Insuffisance cardiaque gauche (<i>insuffisance ventriculaire gauche, rétrécissement mitral</i>) | La dyspnée peut s'aggraver lentement ou brusquement, comme dans l'œdème aigu du poumon | <p>↑ par l'effort, le décubitus dorsal</p> <p>↓ par le repos, la position assise, mais la dyspnée peut devenir permanente</p> <p>Symptômes associés : souvent toux, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, parfois sifflements</p> |
| Bronchite chronique (<i>peut se voir avec une MPCO</i>) | Toux productive chronique suivie d'une dyspnée s'aggravant lentement | <p>↑ par l'effort, l'inhalation d'irritants, les infections respiratoires</p> <p>↓ par l'expectoration, le repos, mais la dyspnée peut devenir permanente</p> <p>Symptômes associés : toux productive chronique, infections respiratoires récidivantes, possibilité de sifflements</p> |
| Maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO) | Dyspnée s'aggravant lentement ; ultérieurement, toux relativement modérée | <p>↑ par l'effort</p> <p>↓ par le repos, mais la dyspnée peut devenir permanente</p> <p>Symptômes associés : toux, avec crachats muqueux, peu abondants</p> |
| Asthme | Épisodes aigus, séparés par des intervalles libres. Les accès sont souvent nocturnes | <p>↑ par des allergènes, des irritants, les infections pulmonaires, l'effort, les émotions</p> |



TABLEAU 8-2

Dyspnée (suite)

| Problème | Allure évolutive | Facteurs déclenchants ou d'amélioration |
|---|---|---|
| Embolie pulmonaire aiguë | Dyspnée à début brutal | <p>↓ par l'éviction des facteurs ci-dessus</p> <p>Symptômes associés : sifflements, toux, oppression thoracique</p> |
| Pneumonie | Maladie aiguë ; l'allure évolutive dépend de l'agent en cause | Symptômes associés : douleur pleurale, toux, expectoration, fièvre, mais pas obligatoirement |
| Maladies pulmonaires interstitielles diffuses (sarcoïdose, cancer, asbestose, fibrose pulmonaire idiopathique) | Dyspnée progressive, dont l'allure évolutive dépend de la cause | <p>↑ par l'effort</p> <p>↓ par le repos, mais la dyspnée peut de venir permanente</p> <p>Symptômes associés : souvent faiblesse, fatigue ; toux moins fréquente que dans les autres maladies pulmonaires</p> |
| Pneumothorax spontané | Dyspnée à début brutal | Symptômes associés : douleur pleurale, toux |

TABLEAU 8-3

Toux et hémoptysie

Problème

Toux, expectoration, symptômes associés et circonstances de survenue

Inflammation aiguë

Laryngite

Toux et expectoration : toux sèche ou plus ou moins productive

Symptômes associés et circonstances de survenue : maladie aiguë, en général bénigne, avec enrrouement. Peut être associée à une rhinopharyngite virale

Trachéobronchite

Toux et expectoration : toux sèche ou productive

Symptômes associés et circonstances de survenue : maladie aiguë, souvent virale, avec gêne rétrosternale à type de brûlure

Pneumonies virales et à mycoplasmes

Toux : sèche et brûlante

Expectoration : souvent muqueuse

Symptômes associés et circonstances de survenue : maladie aiguë fébrile, souvent avec malaise, céphalées et parfois dyspnée

Pneumonies bactériennes

Toux et expectoration : dans l'*infection à pneumocoques*, expectoration muqueuse ou purulente, parfois striée de sang, uniformément rose ou rouille. Dans l'*infection à Klebsielles*, comme pour les pneumocoques, ou rouge, collante, ressemblant à de la gelée

Symptômes associés et circonstances de survenue : maladie aiguë, avec frissons, fièvre élevée, dyspnée et douleur thoracique ; souvent précédée par une infection des voies aériennes supérieures. *Klebsielles* souvent chez des hommes alcooliques âgés



TABLEAU 8-3

Toux et hémoptysie (*suite*)

Problème

Toux, expectoration, symptômes associés et circonstances de survenue

Inflammation chronique

*Rhinorrhée postérieure***Toux** : chronique**Expectoration** : muqueuse ou mucopurulente**Symptômes associés et circonstances de survenue** : essais répétés pour s'éclaircir la gorge. Rhinorrhée postérieure, écoulement dans le pharynx. Associée à une rhinite chronique, avec ou sans sinusite*Bronchite chronique***Toux** : chronique**Expectoration** : muqueuse à purulente ; peut être striée de sang, voire sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue** : souvent tabagisme ancien. Surinfections récidivantes ; souvent sifflements et dyspnée*Dilatation des bronches (ou bronchectasies)***Toux** : chronique**Expectoration** : purulente, souvent abondante et fétide ; peut être striée de sang ou sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue** : infections bronchopulmonaires récidivantes fréquentes ; une sinusite peut coexister*Tuberculose pulmonaire***Toux et expectoration** : toux sèche ou productive, et alors expectoration muqueuse ou purulente, parfois striée de sang ou sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue** : au début, pas de symptômes. Plus tard, anorexie, amaigrissement, fatigue, fièvre et sueurs nocturnes

TABLEAU 8-3

Toux et hémoptysie (*suite*)

Problème

Toux, expectoration, symptômes associés et circonstances de survenue

*Abcès du poumon***Toux et expectoration** : expectoration purulente et fétide, pouvant être sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue** : maladie fébrile. Souvent mauvaise hygiène dentaire et épisode antérieur de troubles de la conscience*Asthme***Toux et expectoration** : expectoration muqueuse épaisse, surtout à la fin de la crise**Symptômes associés et circonstances de survenue** : sifflements et dyspnée épisodiques, mais la toux peut survenir isolément. Souvent des antécédents d'allergie*Reflux gastro-œsophagien***Toux et expectoration** : toux chronique, surtout la nuit ou au petit matin**Symptômes associés et circonstances de survenue** : sifflements, surtout la nuit (confusion fréquente avec l'asthme), enrouement matinal, essais répétés pour s'éclaircir la gorge. Souvent antécédents de pyrosis et de régurgitations**Néoplasie***Cancer du poumon***Toux** : sèche ou productive**Expectoration** : peut être striée de sang ou sanglante**Symptômes associés et circonstances de survenue** : habituellement un long passé de tabagisme

TABLEAU 8-3

Toux et hémoptysie (*suite*)

Problème

Toux, expectoration, symptômes associés et circonstances de survenue

Troubles cardiovasculaires

*Insuffisance
ventriculaire gauche
et rétrécissement
mitral*

Toux : souvent sèche, surtout à l'effort ou la nuit

Expectoration : peut devenir rosée et mousseuse, comme dans l'œdème pulmonaire, ou franchement hémorragique (hémoptysie)

Symptômes associés et circonstances de survenue : dyspnée, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne

Embolie pulmonaire

Toux : sèche ou productive

Expectoration : peut être noirâtre, rouge vif ou mélangée à du sang

Symptômes associés et circonstances de survenue : dyspnée, anxiété, douleur thoracique, fièvre ; facteurs favorisant les thromboses veineuses profondes

Particules, produits chimiques et gaz irritants

Toux et expectoration : variables. Il peut y avoir un intervalle libre entre l'exposition et les premiers symptômes (période de latence)

Symptômes associés et circonstances de survenue : exposition aux irritants ; symptômes oculaires, nasaux et pharyngés

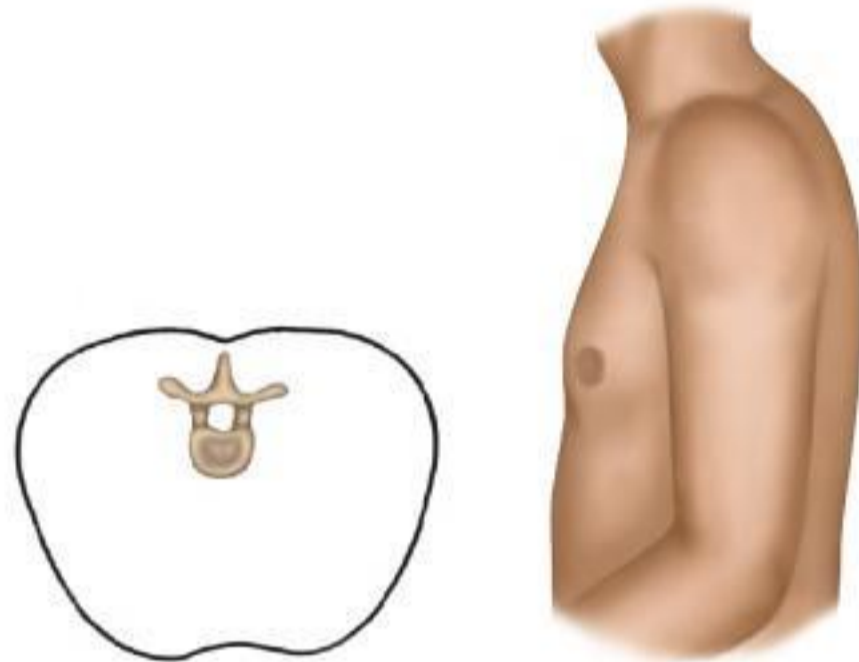
TABLEAU 8-4

Déformations du thorax

Coupe transversale du thorax

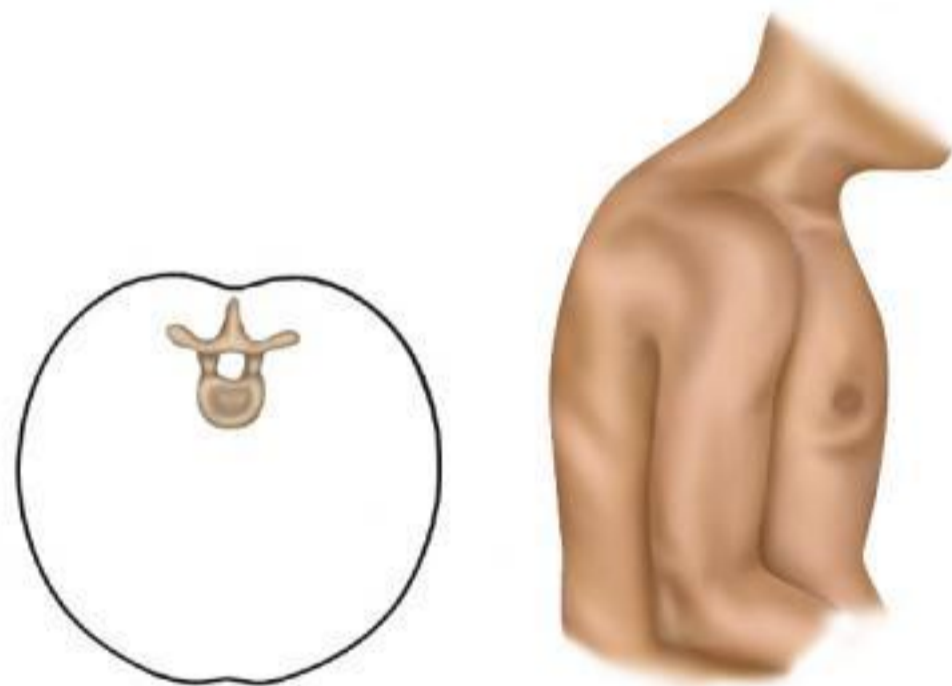
Adulte normal

Le thorax est plus large que profond, c'est-à-dire que son diamètre transversal est plus grand que son diamètre antéropostérieur (DAP)



Thorax en tonneau

A un DAP augmenté. Se voit normalement chez le petit nourrisson et le sujet âgé ; se voit aussi dans la MPCO



Volet costal traumatique

En cas de fractures de côtes multiples, on peut voir des mouvements paradoxaux du thorax. À l'inspiration, la descente du diaphragme diminue la pression intrathoracique ; le volet peut s'enfoncer. À l'expiration, il ressort

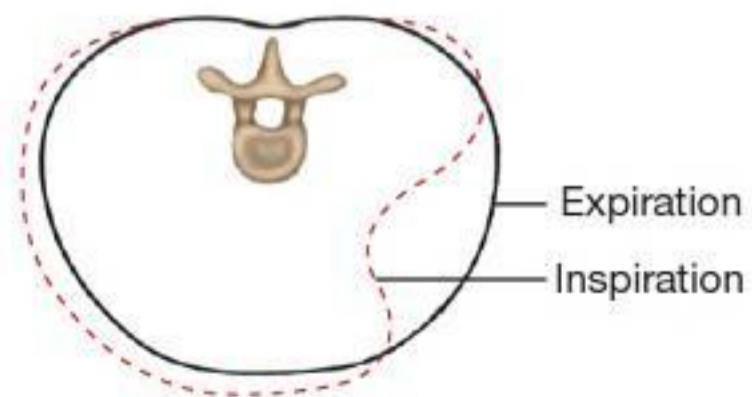


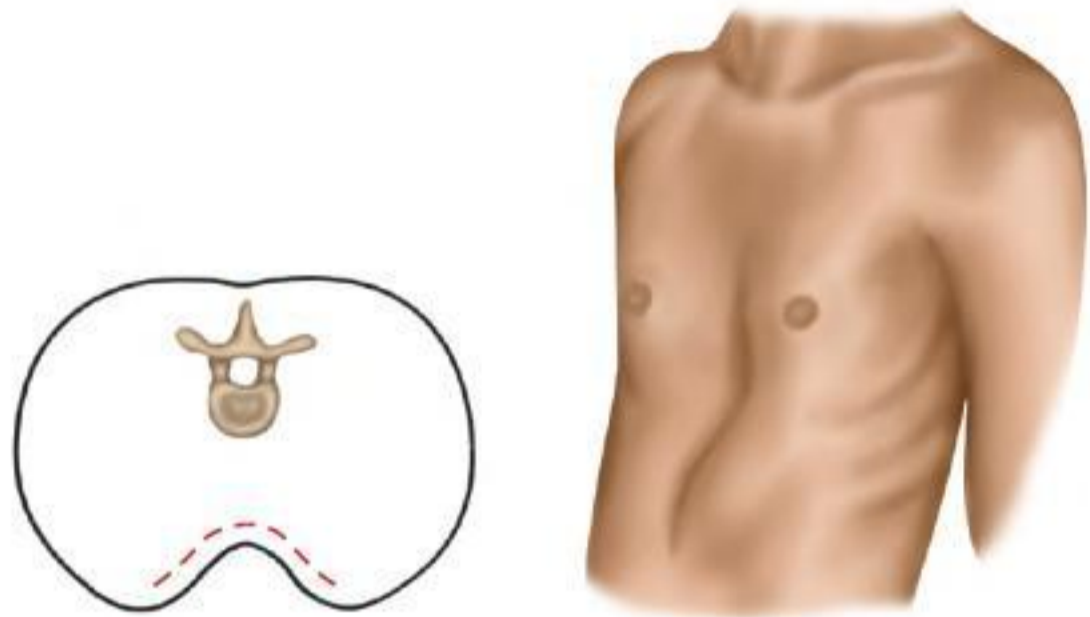
TABLEAU 8-4

Déformations du thorax (*suite*)

Coupe transversale du thorax

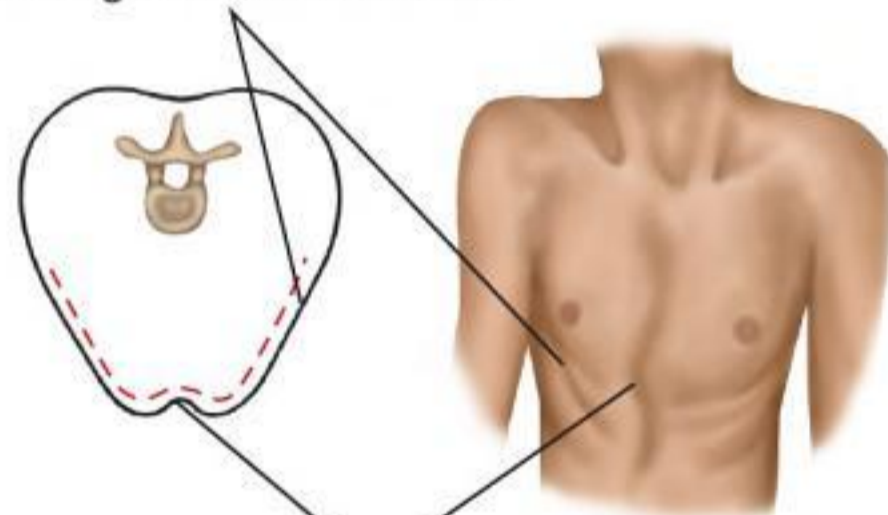
Thorax en entonnoir (*pectus excavatum*)

Dépression de la partie inférieure du sternum. La compression du cœur et des gros vaisseaux peut entraîner des souffles

**Thorax en bréchet ou en carène (*pectus carinatum*)**

Le sternum est projeté en avant, ce qui augmente le DAP du thorax. Les cartilages costaux adjacents à la saillie sternale sont enfoncés

Cartilages costaux enfoncés



Sternum saillant en avant

Cyphoscoliose thoracique

Dans la cyphoscoliose thoracique, des courbures rachidiennes et une rotation vertébrale anormales déforment le thorax. La distorsion des poumons sous-jacents peut rendre très difficile l'interprétation de l'examen thoracique

Convexité du rachis vers la droite (patient penché en avant)

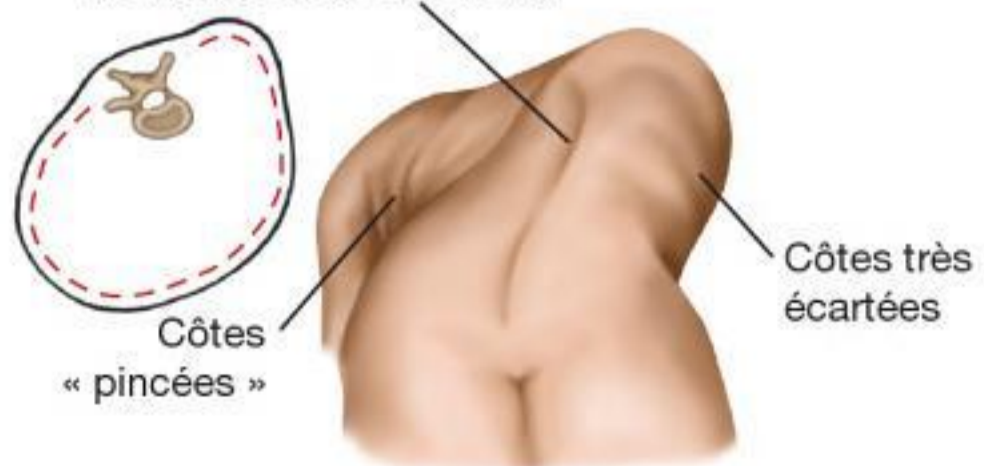


TABLEAU 8-5 Signes physiques dans diverses affections thoraciques

| | Trachée | Son de percussion | Bruits respiratoires | Transmission de la voix | Bruits surajoutés |
|--|---------|-------------------|----------------------|-------------------------|---|
| Bronchite chronique | Médiane | Sonorité | Normaux | Normale | Aucun, ou des sifflements, des ronchi, des crépitants |
| Insuffisance cardiaque (au début) | Médiane | Sonorité | Normaux | Normale | Crépitants en fin d'inspiration, aux bases pulmonaires ; possibilité de sifflements |
| Condensation* | Médiane | Sub-matité | Bronchiques | Augmentée** | Crépitants en fin d'inspiration |

* Comme dans la pneumonie lobaire, l'œdème pulmonaire ou l'hémorragie pulmonaire.

** Avec vibrations vocales augmentées, bronchophonie, égophonie, et pectoriloquie aphone.



TABEAU 8-5 Signes physiques dans diverses affections thoraciques (*suite*)

| | Trachée | Son de percussion | Bruits respiratoires | Transmission de la voix | Bruits surajoutés |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|--|
| Atélectasie (lobaire) | Peut être déviée vers l'atélectasie | Sub-matité | En général absents | En général absente | Aucun |
| Épanchement pleural (abondant) | Peut être déviée du côté opposé | Sub-matité | Diminués ou absents | Diminuée ou absente | En général aucun ; possibilité de frottement pleural |
| Pneumothorax | Peut être déviée du côté opposé | Hypersonorité ou tympanisme | Diminués ou absents | Diminuée ou absente | Possibilité de frottement pleural |
| MPCO | Médiane | Hypersonorité | Diminués ou absents | Diminuée | Aucun, sauf bronchite associée |
| Asthme | Médiane | Sonorité à hypersonorité | Peuvent être couverts par les sifflements | Diminuée | Sifflements, parfois crépitants |