

# Évaluation des enfants : du nourrisson à l'adolescent

## DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

À la différence des adultes, les enfants présentent de grandes variations du développement physique, cognitif et social.

### Grands principes du développement de l'enfant

- Le développement de l'enfant suit un chemin prévisible, jalonné par des repères développementaux.
- Le spectre du développement normal est large. Les enfants mûrissent à des rythmes différents.
- Des facteurs physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux variés, ainsi que les maladies, peuvent influencer sur le développement et la santé de l'enfant. Par exemple, des maladies chroniques, la maltraitance et la pauvreté peuvent non seulement contribuer à des anomalies physiques manifestes mais aussi retentir sur le rythme et l'évolution des acquisitions développementales.
- Le niveau de développement de l'enfant affecte la conduite de l'interrogatoire et de l'examen physique.

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

L'interrogatoire de l'enfant suit le même plan que celui de l'adulte, avec des *ajouts* présentés ici.

**Données d'identification.** Notez la date et le lieu de naissance, le surnom, les prénoms des parents (et le nom de famille de chacun d'eux, s'ils sont différents).

**Motifs de consultation.** Précisez s'il s'agit d'inquiétudes de l'enfant, de ses parents, d'un enseignant ou d'une autre personne.

**Maladie actuelle.** Précisez comment chaque membre de la famille réagit aux symptômes de l'enfant, pourquoi il est inquiet, et quels avantages la maladie peut apporter à l'enfant.

### Antécédents médicaux

**Naissance.** C'est un point particulièrement important quand il y a des problèmes neurologiques ou développementaux. Procurez-vous les comptes rendus hospitaliers, si besoin est.

- Grossesse : santé de la mère, traitements ; consommation de tabac, alcool, drogues ; prise de poids ; durée de la gestation.
- Accouchement : caractéristiques du travail et de l'expulsion ; poids de naissance ; score d'Apgar à 1 et 5 minutes.
- Période néonatale : réanimation, cyanose, jaunisse, infections, attachement.

**Alimentation.** C'est un point particulièrement important en cas de malnutrition ou d'obésité.

- Allaitement : fréquence et durée des tétées, difficultés, âge et technique du sevrage.
- Alimentation au biberon : lait, volume et fréquence des biberons, vomissements, coliques intestinales, diarrhée.

- Suppléments de vitamines, fer et fluor ; diversification alimentaire.
- Comportement alimentaire : nature et quantité des aliments ingérés ; attitudes et réactions des parents vis-à-vis des problèmes alimentaires.

**Croissance et développement.** C'est un point particulièrement important en cas de retard de la croissance ou du développement et de troubles du comportement.

- Croissance somatique : poids et taille à tous les âges ; périmètre crânien de la naissance à 2 ans ; périodes de croissance rapide ou lente.
- Acquisitions psychomotrices : âges auxquels l'enfant a tenu sa tête, s'est retourné, a tenu assis, tenu debout, commencé à marcher et commencé à parler.
- Développement du langage, performances préscolaires et scolaires.
- Développement social : rythme veille-sommeil ; acquisition de la propreté ; comportements habituels ; problèmes de discipline ; comportement scolaire ; relations avec la famille et les camarades.

### ***État de santé actuel***

**Allergies.** Accordez une attention particulière aux antécédents d'eczéma, urticaire, rhinite allergique chronique, asthme, intolérance alimentaire, hypersensibilité aux insectes et sifflements récidivants.

**Vaccinations.** Avec les dates d'administration et les réactions indésirables.

**Tests de dépistage.** Ils sont susceptibles de varier en fonction de l'état de santé de l'enfant et des conditions sociales. Ils comprennent les dépistages néonataux, la recherche d'une anémie, la plombémie, la drépanocytose, le contrôle de la vision et de l'audition, et d'autres tests (par exemple, pour la tuberculose).

## PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

1. Atteinte d'un niveau de développement en rapport avec l'âge de l'enfant :
  - physique (maturation, croissance, puberté) ;
  - moteur (motricité globale et fine) ;
  - cognitif (acquisitions psychomotrices, langage, résultats scolaires) ;
  - émotionnel (efficacité et maîtrise de soi, estime de soi, autonomie, moralité) ;
  - social (compétence sociale, responsabilité personnelle, intégration dans la famille et la communauté).
2. Examens de santé systématiques :
  - bilans réguliers de la santé médicale et buccodentaire de l'enfant ;
  - adaptation de leur fréquence pour les enfants et les familles ayant des besoins particuliers.
3. Synthèse des constatations de l'examen physique.
4. Vaccinations.
5. Dépistages.
6. Guidance anticipée :
  - habitudes saines ;
  - alimentation saine ;
  - santé mentale et émotionnelle ;
  - hygiène buccodentaire ;
  - sécurité et prévention des accidents ;
  - développement sexuel et sexualité ;
  - responsabilité personnelle et efficacité ;
  - relations familiales (interactions, forces, soutiens) ;
  - prévention ou reconnaissance des maladies ;
  - prévention des comportements à risque et des toxicomanies ;
  - réussite scolaire, projet professionnel ;
  - relations avec les pairs ;
  - interactions sociales.

7. Partenariat entre le professionnel de santé, l'enfant/l'adolescent et sa famille.

## TECHNIQUES D'EXAMEN

### Séquence de l'examen

La séquence de l'examen doit prendre en compte l'âge et le confort de l'enfant.

- Pour les nourrissons et les jeunes enfants, *pratiquez les manœuvres non dérangeantes au début de l'examen et celles qui sont potentiellement perturbantes vers la fin*. Par exemple, palpez la tête et le cou, et auscultez le cœur et les poumons au début ; examinez les oreilles et la bouche et palpez l'abdomen à la fin. Si l'enfant signale une zone douloureuse, examinez-la en dernier lieu.
- Pour les grands enfants et les adolescents, utilisez la même séquence d'examen que chez l'adulte, à l'exception de l'examen des zones douloureuses qui doit être fait en dernier.

## ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ

### TECHNIQUES D'EXAMEN

### CONSTATATIONS POSSIBLES

### EXAMEN IMMÉDIATEMENT À LA NAISSANCE

**Auscultez** la partie antérieure du thorax. **Palpez** l'abdomen. **Inspectez** la tête, la face, la cavité buccale, les membres, les organes génitaux et le périnée.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

**Score d'Apgar.** Établissez le score d'Apgar de tous les nouveau-nés, à 1 et 5 minutes de vie, en cotant chaque item de 0 à 2.

Si le score d'Apgar à 5 minutes est  $\geq 8$ , pratiquez un examen plus approfondi

Score d'Apgar			
Score attribué			
Signes cliniques	0	1	2
Fréquence cardiaque	Pas de battements	< 100	> 100
Respiration	Pas de mouvements	Lente et irrégulière	Bonne, efficace
Tonus musculaire	Hypotonie	Membres un peu fléchis	Gesticulation
Réactivité*	Aucune réaction	Grimaces	Cris vigoureux, éternuements, toux
Couleur	Bleue, pâle	Corps rose, extrémités bleues	Entièrement rose
Score d'Apgar à 1 minute		Score d'Apgar à 5 minutes	
8-10 : normal		8-10 : normal	
5-7 : dépression du système nerveux		0-7 : risque élevé de dysfonctionnement du système nerveux central et d'autres organes	
0-4 : dépression grave du système nerveux nécessitant une réanimation immédiate			

\* Réaction à l'aspiration nasale avec une sonde.

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

**Âge gestationnel et poids de naissance.** Classez le nouveau-né d'après son âge gestationnel (AG) et son poids de naissance (PN).

### CLASSIFICATION DES NOUVEAU-NÉS D'APRÈS L'AG ET LE PN

#### Âge gestationnel

##### Classification

##### Âge gestationnel

- |              |                                    |
|--------------|------------------------------------|
| ✓ Prématuré  | < 37 SA* (< 259 <sup>e</sup> jour) |
| ✓ À terme    | 37-42 SA                           |
| ✓ Post-terme | > 42 SA (> 294 <sup>e</sup> jour)  |

#### Poids de naissance

##### Classification

##### Poids

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| ✓ PN extrêmement faible | < 1 000 grammes |
| ✓ PN très faible        | < 1 500 grammes |
| ✓ PN faible             | < 2 500 grammes |
| ✓ PN normal             | ≥ 2 500 grammes |

\* SA : semaines d'aménorrhée.

### Catégories de nouveau-nés

Catégorie	Dénomination anglaise (abréviation)	Percentile
Hypotrophiques	<i>Small for gestational age</i> (SGA)	< 10 <sup>e</sup> p.
Eutrophiques	<i>Appropriate for gestational age</i> (AGA)	10-90 <sup>e</sup> p.
Hypertrophiques	<i>Large for gestational age</i> (LGA)	> 90 <sup>e</sup> p.

## EXAMEN DANS LES HEURES SUIVANT LA NAISSANCE

Au cours du premier jour de vie, les nouveau-nés doivent subir un examen complet, en suivant la technique décrite dans la partie sur le « Nourrisson ». Attendez 1 à 2 heures après une tétée, afin que le nouveau-né soit plus réactif. Demandez aux parents de rester.

**Observez** la coloration du bébé, sa taille, les proportions de son corps, son état nutritionnel, son attitude, sa respiration et les mouvements de sa tête et de ses membres.

**Inspectez** le *cordon ombilical* du nouveau-né pour y détecter des anomalies. Normalement, il contient deux artères ombilicales, à paroi épaisse, et une veine ombilicale, plus large, à paroi fine, qui se trouve en général à 12 heures.

L'examen neurologique de dépistage de tous les nouveau-nés doit comprendre l'état mental, la motricité globale et fine, le tonus, le cri, les réflexes ostéotendineux et les réflexes primaires.

Normalement, activité motrice spontanée, flexion-extension des membres, trémulations brèves du corps

La plupart des nouveau-nés ont les *jambes arquées*, ce qui reflète leur position repliée *in utero*

Une *artère ombilicale unique* peut être associée à des anomalies congénitales. Les *hernies ombilicales* du petit nourrisson sont dues à un défaut de la paroi abdominale antérieure

Les signes de maladie neurologique grave comprennent l'*hyperexcitabilité*, une *asymétrie de la posture* ou une *extension persistante des membres*, la *rotation permanente de la tête vers un côté*, l'*hyperextension de la tête, du cou et des membres (opisthotonos)*, une *hypotonie massive*, et une *réaction limitée à la douleur*



## ÉVALUATION DU NOURRISSON

### ÉTAT MENTAL ET PHYSIQUE

**Observez** l'affect des parents quand ils parlent de leur bébé ; leur façon de le tenir, de le mobiliser et de l'habiller ; et leur réaction aux situations qui peuvent lui être désagréables. **Observez** la tétée, au sein ou au biberon. **Précisez** les acquisitions psychomotrices en utilisant le DDST (*Denver Developmental Screening Test*) avant de passer à l'examen physique.

Les causes fréquentes de *retard du développement* comprennent des anomalies de l'embryogenèse, des affections héréditaires et génétiques, des problèmes environnementaux et sociaux, d'autres problèmes gravidiques et périnataux, des maladies infantiles telles qu'une infection (par exemple, méningite), un traumatisme, une maladie chronique grave

### EXAMEN GÉNÉRAL

La croissance, qui se traduit par l'augmentation de la taille et du poids dans les limites de la normale, est un excellent indicateur de la santé du nourrisson et de l'enfant. Les écarts par rapport à la normale peuvent être les indices précoces d'un problème sous-jacent. Pour évaluer la croissance, comparez les mensurations de l'enfant :

- aux valeurs normales pour l'âge et le sexe
- aux valeurs antérieures (vitesse de croissance)

Les causes de *retard staturopondéral* peuvent être environnementales ou psychosociales, ou des affections digestives, neurologiques, cardiaques, endocriniennes, rénales ou autres

Les mensurations au-dessus du 97<sup>e</sup> percentile ou en dessous du 3<sup>e</sup> percentile, et les variations récentes, dans un sens ou dans l'autre, par rapport aux valeurs antérieures, imposent des explorations

TECHNIQUES D'EXAMEN

- ses modifications vasomotrices
- sa pigmentation (par exemple, taches mongoloïdes)
- sa pilosité (par exemple, lanugo)
- les affections cutanées banales (par exemple, milium, érythème toxi-allergique)
- un ictère
- le turgor

CONSTATATIONS POSSIBLES

*Acrocyanose ; cardiopathie congénitale cyanogène*

*Taches café au lait*

*Touffe de poils sur la ligne des épineuses*

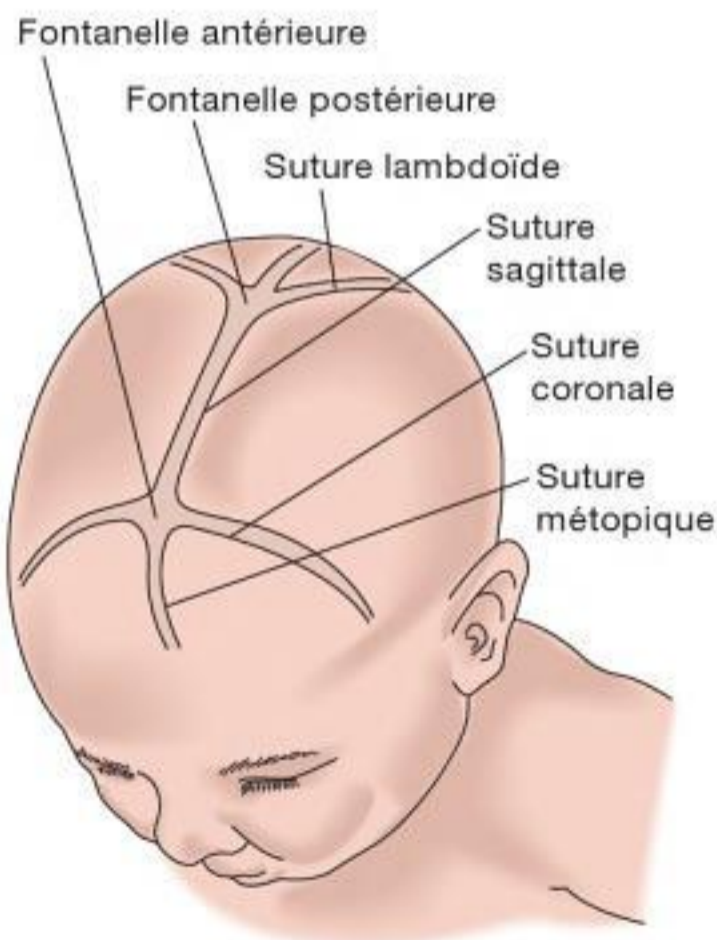
*Herpes simplex*

*Maladie hémolytique du nouveau-né*

*Déshydratation*

**TÊTE**

Examinez soigneusement les sutures et les fontanelles.



Petite tête de la *microcéphalie*, grosse tête de l'*hydrocéphalie* ; fontanelles pleines et tendues de la *méningite*, fermées de la *microcéphalie* ; sutures disjointes dans l'*hypertension intracrânienne* (hydrocéphalie, hématome sous-dural et tumeur cérébrale)

Une tuméfaction due à un hématome sous-périosté (céphalhématome) ne dépasse pas les sutures ; une tuméfaction due à un hématome associé à une fracture les dépasse

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

Vérifiez la *symétrie de la face*.  
Examinez le *faciès* : impression globale et comparaison avec celui des parents.

### CONSEILS POUR ÉVALUER UN FACIÈS QUI SEMBLE BIZARRE

- ✓ Revoyez soigneusement les antécédents, notamment les *antécédents familiaux*, la *grossesse* et la *période périnatale*.
- ✓ Notez les anomalies, notamment celles de la *croissance* et du *développement*, ou d'autres *traits dysmorphiques*.
- ✓ Prenez les mensurations et reportez-les sur des courbes, notamment le *périmètre crânien*, la *taille* et le *poids*.
- ✓ Pensez aux trois mécanismes de la dysmorphologie faciale :
  - les déformations dues aux contraintes intra-utérines ;
  - les solutions de continuité dues aux bandes amniotiques, solutions de continuité des tissus fœtaux ;
  - les malformations dues à une anomalie intrinsèque (de la face, de la tête et/ou du cerveau).
- ✓ Examinez les parents et les frères et sœurs (en sachant qu'une ressemblance peut être rassurante ou orienter vers une affection familiale).
- ✓ Essayez de préciser si le faciès est compatible avec celui d'un syndrome identifiable. Comparez avec les références, les photographies, les tableaux et les bases de données.

## YEUX

Les nouveau-nés et les petits nourrissons peuvent regarder votre visage et suivre des yeux une lumière vive si vous captez leur attention quand ils sont réveillés.

Les repères visuels normaux sont les suivants.

### Nystagmus, strabisme

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

**BOUCHE ET PHARYNX**

**Inspectez** (avec un abaisse-langue et une lampe électrique) et **palpez**.

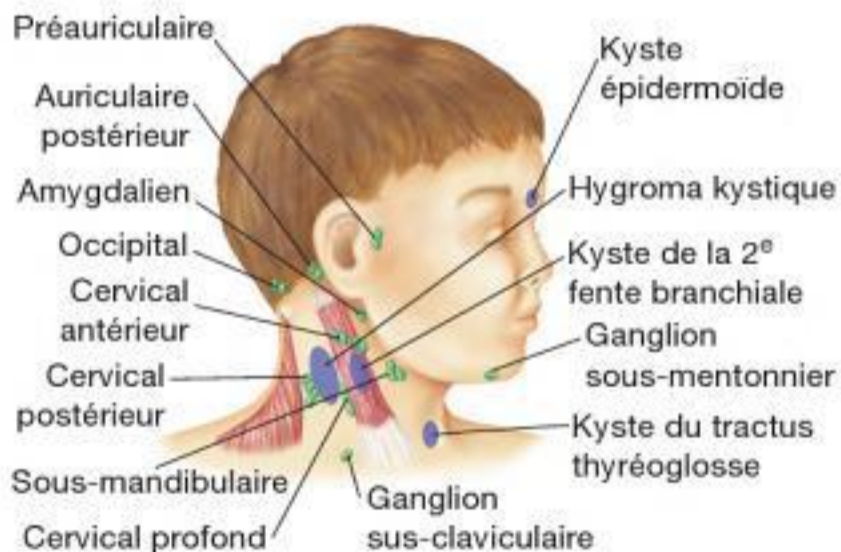
Vous pouvez voir un enduit blanchâtre recouvrant la langue. Si c'est du lait, vous pouvez l'enlever facilement en le grattant ou en l'essuyant.

*Dents surnuméraires, perles épithéliales d'Epstein*

*Candidose buccale (muguet)*

**COU**

**Palpez** les *ganglions lymphatiques* et **recherchez** des masses anormales (par exemple, des *kystes congénitaux*).



*Adénopathie, habituellement due à une infection virale ou bactérienne. Les autres masses du cou comprennent les tumeurs malignes, les kystes branchiaux ou du tractus thyroïdienne, les kystes et fistules préauriculaires*

**THORAX ET POUMONS**

**Évaluez** soigneusement la respiration et son type.

*Ne vous précipitez pas* sur le stéthoscope ; observez d'abord l'enfant soigneusement.

*Apnée*

*Les infections des voies respiratoires supérieures peuvent entraîner un battement des ailes du nez*

### Examen des poumons chez le nourrisson (avant de toucher l'enfant !)

Évaluation	Trouvailles possibles	Explication
Aspect général	Incapacité à s'alimenter ou à sourire N'est pas consolable	Les <i>infections des voies respiratoires inférieures</i> en dessous des cordes vocales (par exemple, bronchiolite, pneumonie) sont fréquentes chez les nourrissons
Fréquence respiratoire	Tachypnée	Affection cardiaque ou respiratoire
Teint	Pâleur ou cyanose	Affection cardiaque ou respiratoire
Composante nasale de la respiration	Battement des ailes du nez (dilatation des narines à l'inspiration)	Infection des voies respiratoires supérieures ou inférieures
Bruits respiratoires audibles	Grognement (bruit expiratoire bref, répété) Sifflement (bruit expiratoire musical) Stridor (bruit inspiratoire aigu) Obstruction (absence de bruits respiratoires)	Un <i>stridor aigu</i> peut traduire une affection grave, comme une <i>laryngotrachéobronchite</i> , une <i>épiglottite</i> , une <i>trachéite bactérienne</i> , un <i>corps étranger</i> ou un <i>arc vasculaire</i>
Travail ventilatoire	Battement des ailes du nez Grognement Tirage (signes de lutte) : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ sus-claviculaire (creux sus-claviculaires)</li> <li>■ intercostal (espaces intercostaux)</li> <li>■ sous-costal (juste au-dessous du rebord costal)</li> </ul>	Chez les petits nourrissons, un travail ventilatoire anormal, associé à des trouvailles anormales à l'auscultation, est le meilleur argument en faveur d'une <i>pneumonie</i>

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

## Distinction entre bruits des voies aériennes supérieures et inférieures

Technique	Voies aériennes supérieures	Voies aériennes inférieures
Comparez les bruits du nez/du stéthoscope	Mêmes bruits	Souvent des bruits différents
Écoutez la rudesse des bruits	Souvent rudes et forts	Variables
Notez la symétrie (gauche/droite)	Symétriques	Souvent asymétriques
Comparez les bruits en différents endroits (plus haut ou plus bas)	Les bruits deviennent plus forts quand le stéthoscope remonte vers le cou	Les bruits sont souvent plus forts à la partie basse du thorax
Inspiratoire <i>versus</i> expiratoire	Presque toujours inspiratoires	Ont souvent un temps expiratoire

## CŒUR

**Inspection.** Recherchez soigneusement une cyanose.

**À la naissance :** *transposition des gros vaisseaux ; sténose ou atrésie valvulaire pulmonaire*

**Les premiers jours de vie :** *les mêmes, plus le retour veineux pulmonaire anormal total, l'hypoplasie du cœur gauche*

**Les premiers mois ou années de vie :** *les mêmes, plus la maladie vasculaire pulmonaire compliquant un shunt entre les oreillettes, les ventricules ou les gros vaisseaux*

**Palpation.** *Palpez les pouls périphériques. Le maximum du choc précordial n'est pas toujours palpable chez les petits nourrissons. Des frémissements (ou *thrills*) sont palpables quand le flux sanguin est suffisamment turbulent dans le cœur ou les gros vaisseaux.*

**Auscultation.** *Le rythme cardiaque (RC) est plus facile à apprécier chez les petits nourrissons en écoutant le cœur qu'en palpant les pouls artériels.*

**Bruits du cœur.** *Évaluez soigneusement B1 et B2. Ils sont normalement vifs et bien frappés.*

*La diminution ou l'absence de pouls fémoraux suggère une **coarctation de l'aorte**. Des pouls faibles, filants ou difficiles à percevoir peuvent refléter un **dysfonctionnement myocardique** ou une **insuffisance cardiaque congestive***

*Le trouble du RC le plus fréquent chez l'enfant est la **tachycardie supraventriculaire paroxystique***

*Une composante pulmonaire plus forte que la normale, en particulier plus forte que le bruit aortique, suggère une **hypertension pulmonaire**. Un dédoublement permanent de B2 peut indiquer une surcharge volumique du ventricule droit, comme dans la **communication interauriculaire***

## SEINS

Les seins des garçons et des filles peuvent être augmentés de volume les premiers mois, du fait de l'imprégnation œstrogénique maternelle, et même engorgés de liquide blanchâtre pendant 1 à 2 semaines.

## ABDOMEN

---

Vous trouverez que la **palpation** de l'abdomen des nourrissons est facile parce qu'ils aiment être touchés.

Des masses abdominales anormales peuvent être des tumeurs rénales, vésicales ou intestinales. Dans la *sténose du pylore*, la palpation profonde dans le quadrant supérieur droit ou sur la ligne médiane peut révéler une « olive », c'est-à-dire une masse pylorique ferme, de 2 cm de diamètre

## ORGANES GÉNITAUX MASCULINS

---

**Inspectez-les** sur un nourrisson en décubitus dorsal.

Chez 3 % des nourrissons, l'un ou les deux testicules ne sont pas palpables dans le scrotum ni dans les canaux inguinaux. Essayez de les faire descendre dans le scrotum.

Les masses scrotales sont le plus souvent des *hydrocèles* ou des *hernies inguinales*

## ORGANES GÉNITAUX FÉMININS

---

Chez les filles, les organes génitaux peuvent rester proéminents les premiers mois de vie du fait de l'imprégnation par les œstrogènes d'origine maternelle.

Une *ambiguïté sexuelle* peut être due à une virilisation des organes génitaux externes féminins



## APPAREIL LOCOMOTEUR

Le point important est la détection d'anomalies congénitales, notamment des mains, des hanches, des membres inférieurs et des pieds.

**Examinez** soigneusement les *hanches* à chaque consultation, à la recherche de signes de luxation. Il y a deux grandes techniques : l'une pour tester une hanche luxée en arrière, la *manœuvre d'Ortolani*, l'autre pour tester une tendance à la subluxation ou à la luxation d'une hanche intacte mais instable, la *manœuvre de Barlow*.



MANŒUVRE D'ORTOLANI

Certains nourrissons normaux présentent une *torsion du tibia*, en dedans ou en dehors, le long de l'axe longitudinal de cet os.

Les *appendices cutanés, vestiges de doigts, polydactylies* (doigts surnuméraires) ou *syndactylies* (doigts palmés) sont des anomalies congénitales. Une *fracture de la clavicule* peut survenir au cours d'un accouchement difficile

La dysplasie congénitale de la hanche peut donner un signe d'Ortolani ou de Barlow positif, surtout au cours des 3 premiers mois de vie

Dans une *dysplasie de hanche*, vous percevez un « ressaut »



MANŒUVRE DE BARLOW

Une torsion tibiale pathologique ne se voit qu'en association avec des *anomalies des pieds ou des hanches*

## SYSTÈME NERVEUX

Évaluez le système nerveux en développement en testant les *réflexes primaires*, automatismes médullaires propres au nourrisson.

Suspectez une *anomalie neurologique ou développementale* si les réflexes primaires sont :

- absents à un âge où ils devraient être présents
- persistants au-delà de l'âge normal
- asymétriques
- associés à des attitudes anormales ou à des clonies

Certaines anomalies neurologiques donnent des déficits ou un développement cognitif et social lent. Les nourrissons qui ont un retard du développement peuvent avoir des anomalies à l'examen neurologique, parce qu'à cet âge, celui-ci repose en grande partie sur les repères normaux pour l'âge

Les enfants qui ont une *diplégie spastique* (ou maladie de Little) étaient souvent des nourrissons hypotoniques

## ÉVALUATION DE L'ENFANT (DE 1 À 10 ANS)

### Astuces pour interroger les enfants

- **Établissez le contact.** Appelez les enfants par leur nom et mettez-vous à leur niveau. Maintenez un contact oculaire à leur hauteur (par exemple, asseyez-vous par terre, si besoin est). Participez à leurs jeux et parlez-leur de leurs centres d'intérêt.
- **Travaillez avec les familles.** Posez des questions ouvertes simples, telles que : « Es-tu malade ? Peux-tu m'en parler ? », que vous ferez suivre de questions plus précises. Une fois que le parent a entamé la conversation, redirigez les questions vers l'enfant. Observez aussi les interactions parents-enfant.
- **Identifiez les programmes multiples.** Votre travail consiste à découvrir autant de points de vue et de programmes que possible.
- **Utilisez la famille comme principale ressource.** Considérez les parents comme les experts des soins de leur enfant et considérez-vous comme leur conseiller.
- **Recherchez les programmes cachés.** Comme chez l'adulte, le principal motif de consultation peut n'avoir aucun rapport avec la véritable raison pour laquelle les parents vous ont amené leur enfant.

La discussion qui suit est centrée sur les points de l'examen physique complet qui diffèrent de l'examen du nourrisson et de celui de l'adulte.

TECHNIQUES D'EXAMEN

La mesure de la PA doit faire partie de l'examen de tout enfant de plus de 2 ans. *Une taille de brassard correcte est indispensable à une mesure précise de la PA chez l'enfant.*

CONSTATATIONS POSSIBLES

Les causes d'hypertension artérielle permanente de l'enfant comprennent les maladies rénales, la coarctation de l'aorte, et l'hypertension essentielle

**YEUX**

Les deux points les plus importants de l'examen oculaire chez les jeunes enfants consistent à tester l'acuité visuelle des deux yeux et à préciser la symétrie ou conjugaison du regard.

Strabisme, amblyopie, myopie ou hypermétropie

→ **TECHNIQUES SPÉCIALES**

Le test du reflet lumineux sur la cornée (*photo de gauche*) et le test de l'écran (*photo de droite*) sont particulièrement utiles chez les jeunes enfants.

Toute différence d'acuité visuelle entre les deux yeux est pathologique



## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

**Acuité visuelle**

Âge	Acuité visuelle
3 mois	Les yeux convergent, le bébé suit des yeux
12 mois	$\approx 1/10$
< 4 ans	5/10
$\geq 4$ ans	7/10

**OREILLES**

**Examinez** le conduit auditif externe et le tympan. Il y a deux façons d'installer l'enfant, couché ou assis, et aussi deux façons de tenir l'otoscope, illustrées ci-dessous.



## → TECHNIQUE SPÉCIALE

**Otoscope pneumatique.** Apprenez à vous servir d'un *otoscope pneumatique* pour améliorer la précision du diagnostic d'otite moyenne chez l'enfant.

- Vérifiez l'absence de fuites en plaçant votre doigt sur l'extrémité du spéculum et en comprimant la poire en caoutchouc.
- Introduisez le spéculum, de façon à obtenir une bonne étanchéité.
- Quand de l'air est insufflé dans le conduit auditif, un tympan normal et son reflet lumineux s'enfoncent. Quand de l'air est retiré, le tympan revient vers vous.

*L'otite moyenne aiguë donne un tympan rouge et bombant*

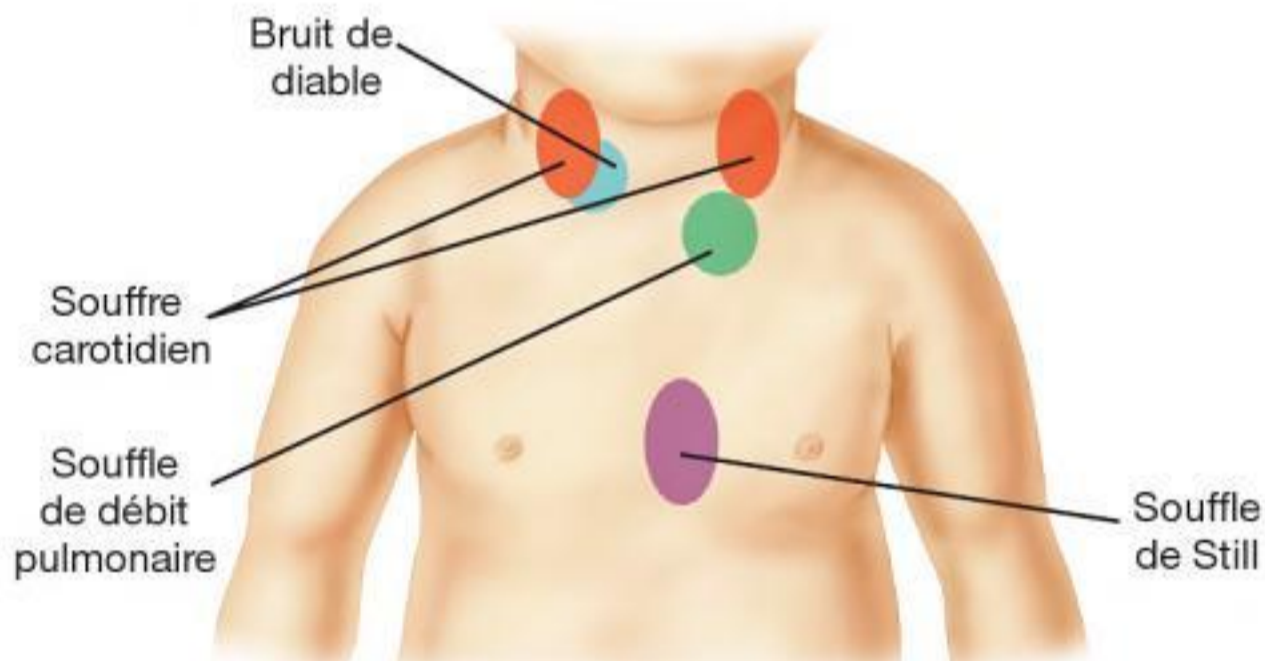
*Diminution de la mobilité du tympan dans l'otite moyenne aiguë ; immobilité dans l'otite moyenne avec épanchement (otite séreuse). Douleur à la mobilisation du pavillon dans l'otite externe*

## BOUCHE ET PHARYNX

Chez les enfants jeunes ou anxieux, vous pouvez repousser cet examen vers la fin. Une immobilisation par les parents peut être nécessaire. Si vous avez besoin de vous servir d'un abaisse-langue, le mieux est de l'appuyer vers le bas et de le tirer légèrement en avant, vers vous, tandis que l'enfant dit « Ah ». N'enfoncez pas l'abaisse-langue trop loin, ce qui déclencherait un réflexe nauséux.

Outre l'auscultation d'un enfant non coopératif, qui se tortille, la principale difficulté est de distinguer les souffles bénins, fréquents, des souffles inhabituels, organiques. La plupart des enfants (certains disent presque tous) ont un ou plusieurs *souffles cardiaques bénins*, ou *fonctionnels*, avant d'atteindre l'âge adulte (voir ci-dessous).

#### Localisation des souffles cardiaques bénins de l'enfant



## ABDOMEN

La plupart des enfants sont chatouilleux quand vous placez d'emblée la main sur leur abdomen pour la **palpation**. Cette réaction tend à s'atténuer, surtout si vous distrayez l'enfant.

Chez l'enfant, le foie est en général anormalement augmenté de volume s'il est palpable à plus de 2 cm en dessous du rebord costal, s'il a un bord inférieur arrondi, ferme, et s'il est sensible

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

**ORGANES GÉNITAUX MASCULINS**

Il y a un art de la **palpation** du scrotum et des testicules chez les jeunes enfants, parce que beaucoup d'entre eux ont un réflexe crémastérien très vif, qui provoque la rétraction des testicules dans le canal inguinal, et donc des bourses vides. Une technique utile consiste à faire asseoir l'enfant « en tailleur » sur la table d'examen.

Dans la *puberté précoce*, le pénis et les testicules sont augmentés de volume, avec des signes de puberté

Un testicule douloureux nécessite un traitement rapide, car il peut s'agir d'une *torsion*

Les *hernies inguinales* des grands garçons se présentent comme celles de l'homme adulte

**ORGANES GÉNITAUX FÉMININS**

Pour l'examen génital, adoptez une approche douce et apaisante, et donnez des explications adaptées à l'âge.

Examinez les organes génitaux de manière systématique et efficace. L'hymen normal peut avoir différentes configurations.



Des *pertes vaginales* chez une petite fille peuvent être dues à une *irritation périnéale* (par exemple, bains moussants, savons), à un *corps étranger*, à une *vaginite* ou à des *maladies sexuellement transmises* par abus sexuel. Un *saignement vaginal* est toujours inquiétant. Des *excoriations* ou des signes de traumatisme des organes génitaux externes peuvent être dus à un *abus sexuel*



## APPAREIL LOCOMOTEUR

---

Chez l'enfant plus âgé, les anomalies des membres supérieurs sont rares en l'absence de traumatisme. Observez l'enfant debout et marchant pieds nus. Vous pouvez aussi demander à l'enfant de toucher ses orteils, de passer de la position assise à la position debout, de courir sur une petite distance, et de ramasser des objets. Vous détecterez la plupart des anomalies grâce à une observation soigneuse.

L'examen d'aptitude au sport de l'appareil locomoteur, pour les enfants qui participent à des sports, permet de détecter des blessures ou des anomalies qui peuvent poser des problèmes pour l'athlétisme

## SYSTÈME NERVEUX

---

Après les premiers mois de vie (quand les réflexes primaires ont disparu), l'examen neurologique comporte les mêmes composantes que chez l'adulte. À nouveau, combinez les évaluations neurologiques et développementales. Vous devrez les transformer en jeu avec l'enfant. L'objectif est d'évaluer les performances neurologiques et développementales, ce qui requiert la coopération de l'enfant.

Un retard de langage ou un retard des apprentissages peut être dû à une maladie neurologique ainsi qu'à des troubles développementaux

## ÉVALUATION DE L'ADOLESCENT

Pour réussir l'examen des adolescents, il faut instaurer un environnement confortable et confidentiel, qui rend cet examen détendu et informatif. Les adolescents s'épanchent plus volontiers quand l'entrevue est centrée sur eux plutôt que sur leurs problèmes.

Tenez compte du développement cognitif et social pour trancher les problèmes d'intimité, d'implication des parents et de confidentialité. Expliquez à l'adolescent et à ses parents que le but de la confidentialité est d'améliorer la qualité des soins, pas de garder des secrets. Votre objectif est d'aider les adolescents à faire part de leurs inquiétudes et de leurs questions à leurs parents. Cependant, fixez des limites à la confidentialité. Dites toujours explicitement aux adolescents que vous pourrez être amenés à divulguer les informations qui vous inquiéteraient pour leur sécurité.

L'examen physique de l'adolescent est semblable à celui de l'adulte. Gardez en tête les problèmes propres aux adolescents, tels que la puberté, la croissance, le développement, les relations avec la famille et les pairs, la sexualité, la prise de décision et les comportements à risque. Pour plus de détails sur les techniques d'examen spécifiques, le lecteur pourra se reporter au chapitre correspondant de l'examen régional. Voici quelques points qui méritent un intérêt particulier quand vous examinez des adolescents.

### SEINS

Évaluez le stade du développement normal des seins chez les filles.

Voir tableau 18-5 : « Stades de maturation sexuelle des filles : les seins », p. 449

## ORGANES GÉNITAUX MASCULINS ET FÉMININS

Un des buts importants de l'examen des adolescents et des adolescentes est de déterminer leur stade de maturation sexuelle, indépendamment de leur âge civil.

Voir tableau 18-6 : « Stades de maturation sexuelle des garçons », p. 450-451, et tableau 18-7 : « Stades de maturation sexuelle des filles : pilosité pubienne », p. 452-453

### → TECHNIQUE SPÉCIALE

**Recherche d'une scoliose.** Inspectez le rachis de tout enfant capable de tenir debout, à la recherche d'une *scoliose*. Faites pencher l'enfant en avant, les genoux droits (*test d'Adams*). Évaluez toute asymétrie de l'attitude ou de la démarche. Si vous détectez une scoliose, utilisez un *scoliosomètre* pour mesurer son angle.



## CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Le format du CRO pédiatrique est le même que celui de l'adulte. Donc, bien que le déroulement de l'examen physique puisse s'en écarter, remettez toujours vos notes dans l'ordre traditionnel.

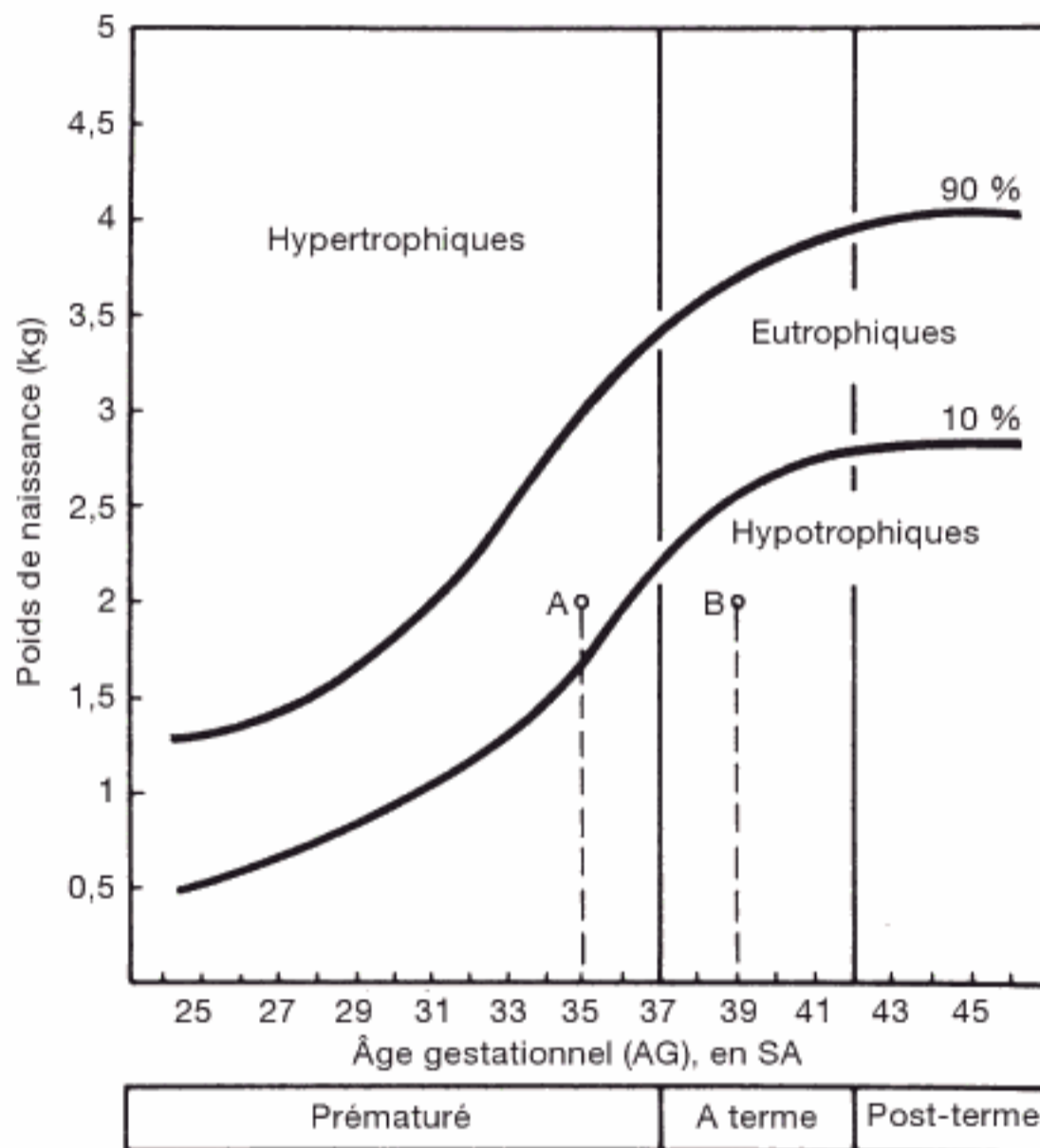
## Consigner l'examen pédiatrique : le patient pédiatrique (*suite*)

- **Poumons.** Bonne ampliation thoracique. Pas de tachypnée ni de dyspnée. Bruits respiratoires, mais provenant plutôt des voies aériennes supérieures (plus forts près de la bouche, symétriques). Pas de ronchi, de crépitants ni de sifflements. Poumons libres à l'auscultation.
- **Cœur et vaisseaux.** Choc précordial au 4-5<sup>e</sup> espace intercostal gauche et sur la ligne médiane. B1 et B2 normaux. Pas de souffles ni de bruits cardiaques anormaux. Pouls fémoraux normaux ; pouls pédieux palpables des deux côtés.
- **Seins.** Normaux, avec un peu de graisse.
- **Abdomen.** Proéminent mais souple ; pas de masse ni de douleur à la palpation. Débord hépatique de 2 cm ; pas de douleur. Rate et reins non palpables.
- **Organes génitaux.** Pénis circoncis, au stade 1 de Tanner ; pas de poils pubiens, de lésions, d'écoulement. Les testicules sont descendus mais difficiles à palper à cause d'un réflexe crémastérien vif. Bourses normales.
- **Appareil locomoteur.** Motilité normale des 4 membres et de toutes les articulations. Rachis rectiligne. Démarche normale.
- **Système nerveux.** *État mental* : enfant joyeux et coopératif. *Développement (DDST)* – Motricité globale : bondit et lance des objets. Motricité fine : imite un trait vertical. Langage : n'associe pas les mots ; prononce juste des mots isolés, trois ou quatre fois au cours de l'examen. Psychosocial : se lave le visage, se brosse les dents et enfile sa chemise. Dans l'ensemble : normal, sauf pour le langage, qui semble retardé. *Nerfs crâniens* : RAS, malgré les difficultés à étudier plusieurs d'entre eux. *Cervelet* : démarche normale, bon équilibre. *Réflexes ostéotendineux* : normaux et symétriques ; réflexe cutané plantaire en flexion. *Sensibilité* : pas étudiée.

## AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 18-1

## Classification des nouveau-nés d'après leur âge gestationnel et leur poids de naissance



**Petit PN pour l'AG (en anglais, SGA) = hypotrophes** : PN < 10<sup>e</sup> percentile de la courbe de croissance intra-utérine.

**PN correspondant à l'AG (AGA) = eutrophiques** : PN entre le 10<sup>e</sup> et le 90<sup>e</sup> percentile de la courbe de croissance intra-utérine.

**PN excessif pour l'AG (LGA) = hypertrophes** : PN > 90<sup>e</sup> percentile de la courbe de croissance intra-utérine.

Courbes de croissance intra-utérine établies d'après le PN en fonction de l'AG, de nouveau-nés vivants, singletons, de race blanche. Le point A représente un prématuré ; le point B, un nouveau-né de même PN, qui est à terme mais hypotrophe. Les courbes de croissance visualisent les 10<sup>e</sup> et 90<sup>e</sup> percentiles de l'ensemble des nouveau-nés étudiés.

Classification des nouveau-nés de petit poids de naissance. *In* : Klaus MH, Fanaroff AA. Care of the High-Risk Neonate. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia : WB Saunders, 1986.

**TABEAU 18-3**

**Hypertension artérielle de l'enfant**

L'hypertension peut débiter dans l'enfance. Alors que les jeunes enfants hypertendus ont souvent une cause rénale, cardiaque ou endocrinienne, les adolescents hypertendus ont, en règle générale, une hypertension essentielle ou primitive.

Ce sujet a développé une hypertension pendant l'adolescence, qui a persisté à l'âge adulte. La PA des enfants a tendance à rester dans le même « couloir » quand ils grandissent. Cette tendance perdure à l'âge adulte, ce qui étaye l'idée que l'hypertension essentielle de l'adulte débute dans l'enfance.

Les conséquences d'une hypertension non traitée peuvent être graves.

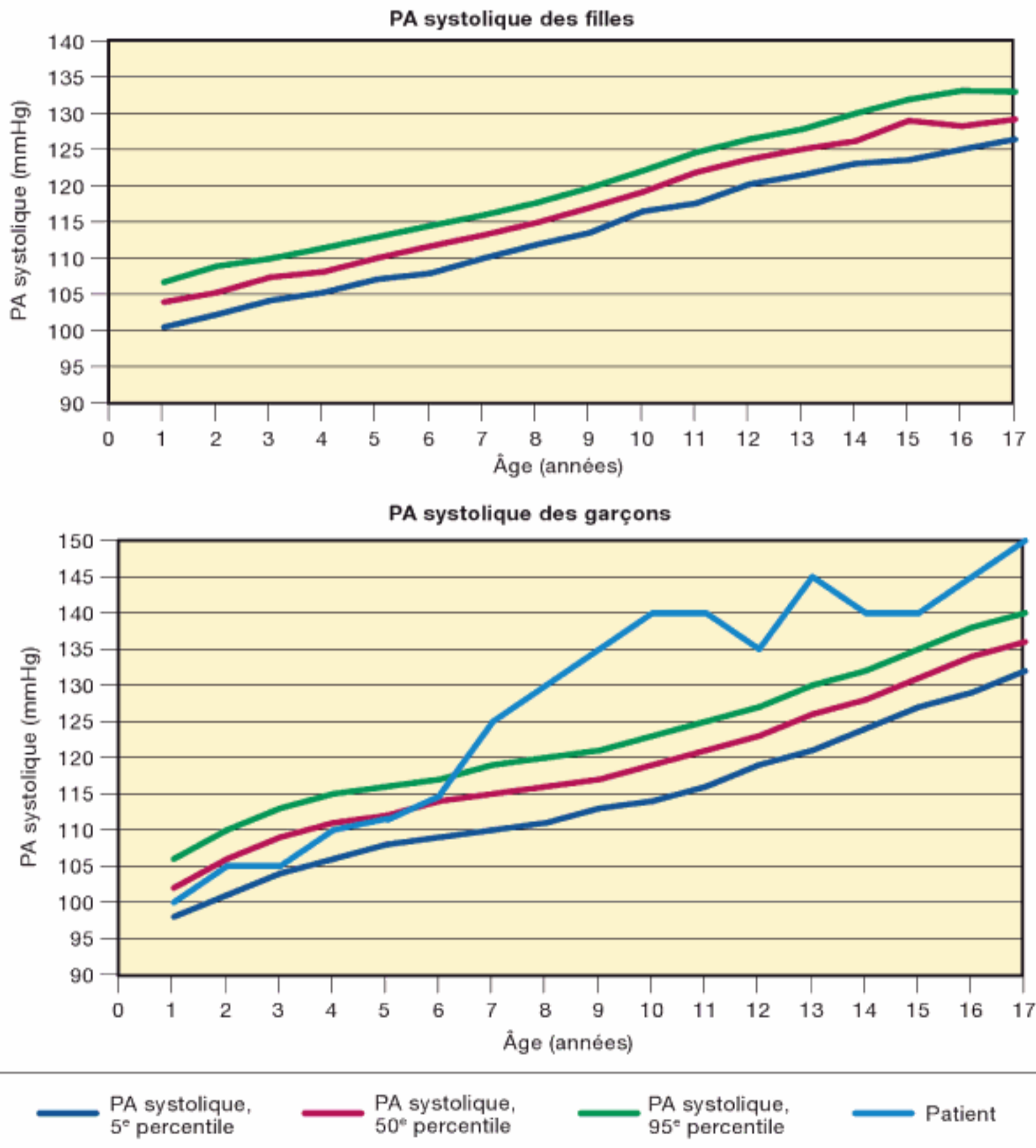


TABLEAU 18-4

**Caractéristiques des souffles cardiaques organiques**

**Malformation cardiaque**

**Caractéristiques du souffle**

**Sténose valvulaire pulmonaire**

*Légère*



*Modérée*



*Sévère*



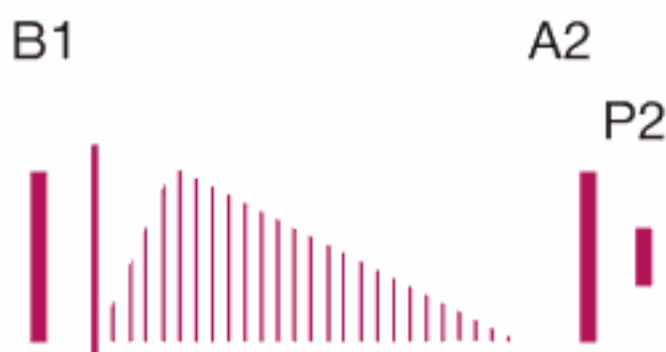
*Localisation* : partie supérieure du bord gauche du sternum

*Irradiation* : quand la sténose est peu serrée, le souffle peut être entendu sur le trajet des artères pulmonaires, dans les champs pulmonaires

*Intensité* : augmente en intensité et en durée avec le degré d'obstruction

*Qualité* : éjectionnel, maximal plus tard dans la systole quand l'obstruction augmente

**Rétrécissement aortique orificiel**



*Localisation* : milieu du sternum, partie supérieure du bord droit du sternum

*Irradiation* : vers les artères carotides et la fourchette sternale. Il peut aussi y avoir un *thrill*

*Intensité* : variable, plus forte quand le rétrécissement est plus serré

*Qualité* : un souffle systolique, éjectionnel, souvent rude



TABLEAU 18-4

## Caractéristiques des souffles cardiaques organiques (suite)

### Malformation cardiaque

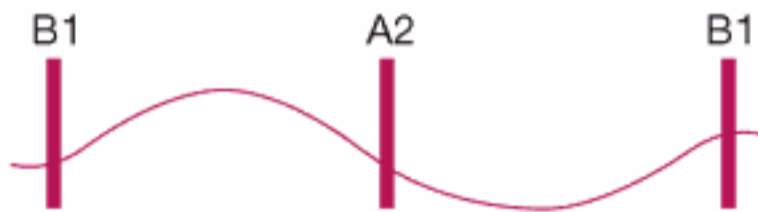
### Caractéristiques du souffle

#### Tétralogie de Fallot

*Avec sténose pulmonaire*



*Avec atrésie pulmonaire*



#### Transposition des gros vaisseaux

*Généralités* : cyanose variable, augmentant avec l'activité

*Localisation* : partie moyenne à supérieure du bord gauche du sternum. En cas d'atrésie pulmonaire, il n'y a pas de souffle systolique, mais un souffle continu de canal artériel persistant à la partie supérieure du bord gauche du sternum ou dans le dos

*Irradiation* : peu, vers la partie supérieure du bord gauche du sternum, parfois vers les poumons

*Intensité* : habituellement, grade 3-4/6

*Qualité* : souffle éjectionnel, systolique, à maximum méso-systolique

*Généralités* : cyanose généralisée intense

*Localisation* : pas de souffle caractéristique. La présence d'un souffle peut traduire un défaut associé, tel qu'une CIV ou un canal artériel persistant

*Irradiation et qualité* : dépendent des anomalies associées





TABLEAU 18-4

## Caractéristiques des souffles cardiaques organiques (*suite*)

### Malformation cardiaque

### Caractéristiques du souffle

#### Communication interventriculaire

*Petite à moyenne*



*Localisation* : partie inférieure du bord gauche du sternum

*Irradiation* : peu

*Intensité* : variable, en partie déterminée par l'importance du shunt. Les petits shunts, avec un gradient de pression élevé, peuvent souffler très fort. Les grandes communications, avec des résistances vasculaires pulmonaires élevées, peuvent ne pas souffler. Grade 2-4/6 avec un *thrill* à partir du grade 4

**TABLEAU 18-6 Stades de maturation sexuelle (SMS) des garçons**

Pour attribuer un SMS aux garçons, étudiez chacun des trois caractères sexuels séparément. Cotez séparément les organes génitaux et la pilosité pubienne. Si les stades de développement du pénis et des testicules sont différents, faites la moyenne des deux afin d'obtenir le score génital.

**Organes génitaux**

**Pilosité pubienne**

**Pénis**

**Testicules et scrotum**

**Stade 1**

Préadolescence : pas de pilosité pubienne sauf le duvet semblable à celui de l'abdomen

Préadolescence : taille et proportions semblables à celles de l'enfance

Préadolescence : taille et proportions semblables à celles de l'enfance

**Stade 2**



Croissance clairsemée de grands poils légèrement pigmentés, duveteux, droits ou seulement légèrement frisés, situés pour l'essentiel à la base du pénis




Agrandissement modéré ou nul

Testicules augmentés de volume. Scrotum plus grand, un peu rougeâtre, dont la texture se modifie



## TABLEAU 18-6

## Stades de maturation sexuelle (SMS) des garçons (suite)

<b>Stade 3</b>		Pilosité plus sombre, plus rêche et frisée, au développement peu abondant sur la symphyse pubienne	Agrandissement surtout en longueur	Poursuite de l'agrandissement
<b>Stade 4</b>		Pilosité rêche et frisée, comme chez l'adulte ; elle recouvre des zones plus étendues qu'au stade 3, mais pas aussi grandes que chez l'adulte, et n'intéresse pas encore les cuisses	Poursuite de l'agrandissement en longueur et en largeur avec développement du gland	Poursuite de l'agrandissement ; la peau du scrotum devient plus sombre
<b>Stade 5</b>		Pilosité adulte en quantité et en qualité, s'étendant sur la région interne des cuisses mais ne remontant pas sur l'abdomen	Dimensions et forme de l'adulte	Dimensions et forme de l'adulte

Photographies reprises de *Pediatric Endocrinology and Growth*, 2<sup>nd</sup> ed., Wales & Wit, 2003, avec l'autorisation d'Elsevier.

**TABLEAU 18-7**

## **Stades de maturation sexuelle des filles : la pilosité pubienne**

### **Stade 1**

Préadolescence : pas de pilosité pubienne, sauf le duvet semblable à celui de l'abdomen

### **Stade 2**



Croissance clairsemée de longs poils légèrement pigmentés, duveteux, droits ou à peine bouclés, surtout le long des grandes lèvres

### **Stade 3**



Pilosité plus sombre, plus rêche et frisée, peu abondante sur la symphyse pubienne



TABLEAU 18-7

## Stades de maturation sexuelle des filles : la pilosité pubienne (*suite*)

### Stade 4



Pilosité rêche et frisée, comme chez l'adulte ; elle recouvre une zone plus étendue qu'au stade 3, mais pas autant que chez l'adulte et ne descend pas encore sur les cuisses

### Stade 5



Pilosité adulte en quantité et en qualité, s'étendant sur la face interne des cuisses mais ne remontant pas sur l'abdomen

Photographies reproduites avec l'autorisation de l'*American Academy of Pediatrics*.

TABLEAU 18-8

**Signes physiques d'abus sexuel****Signes physiques qui peuvent faire suspecter un abus sexuel chez un enfant\***

1. Dilatation immédiate et marquée de l'anus en position gèneupectorale, en l'absence de constipation, de matières dans l'ampoule rectale et de troubles neurologiques.
2. Encoche ou fente de l'hymen intéressant plus de 50 % du bord inférieur de l'hymen, confirmée en position gèneupectorale.
3. Condylomes acuminés chez un enfant de plus de trois ans.
4. Hématomes, érosions, déchirures ou traces de morsure sur les lèvres ou autour de l'hymen.
5. Herpès de la région anogénitale au-delà de la période néonatale.
6. Pertes vaginales purulentes ou malodorantes chez une jeune fille (tous les écoulements doivent être cultivés et examinés au microscope pour rechercher une maladie sexuellement transmise).

**Signes physiques qui font fortement suspecter un abus sexuel chez un enfant\***

1. Déchirures, ecchymoses et cicatrices récentes de l'hymen ou de la fourchette vaginale.
2. Absence d'hymen de 3 à 9 heures (constatée dans différentes positions).
3. Sections transversales cicatrisées de l'hymen, notamment entre 3 et 9 heures (fente complète).
4. Déchirures péri-anales atteignant le sphincter externe.

**Tout enfant qui présente des signes physiques inquiétants doit être évalué par un expert médicojudiciaire spécialisé (anamnèse complète et examen spécialisé).**

\* Tout signe physique doit être interprété à la lumière de l'anamnèse complète, des autres parties de l'examen physique et des résultats des examens de laboratoire.

- *L'état de santé actuel* : les facteurs de risque qui peuvent être dommageables pour la mère ou pour le fœtus. Questionnez la mère sur ses habitudes alimentaires et appréciez la qualité de sa nutrition. Fume-t-elle, boit-elle de l'alcool ou consomme-t-elle des drogues illégales ? Prend-elle des médicaments ? Ou est-elle exposée à des substances toxiques ? Quelles sont ses ressources et son milieu social ? Y a-t-il des causes de stress inhabituel à la maison ou au travail ? Y a-t-il des antécédents d'abus sexuel ou de violence conjugale ?
- Les *antécédents obstétricaux* : a-t-elle eu des complications lors des grossesses précédentes, accouchements compris ? A-t-elle eu un enfant prématuré ou hypotrophe, ou encore trop gros pour l'âge gestationnel ? A-t-elle fait des fausses couches ?
- Les *antécédents médicaux* : recherchez des maladies aiguës ou chroniques, notamment une hypertension artérielle, un diabète sucré, des affections cardiaques, un asthme, un lupus érythémateux aigu disséminé, des convulsions, des maladies sexuellement transmises, une exposition *in utero* au diéthylstilbestrol, ou une infection par le VIH.
- Recherchez également des *antécédents familiaux* de maladie chronique ou génétique, comme la drépanocytose, la mucoviscidose ou la dystrophie musculaire.
- *Âge gestationnel et date prévue de l'accouchement* :
  - Pour déterminer *l'âge gestationnel (AG) en semaines*, comptez le nombre de semaines écoulées à partir : 1) du premier jour des dernières règles, ce qui vous donne *l'âge menstruel*, en semaines d'aménorrhée (SA), ou 2) de la date de la conception, si celle-ci est connue, ce qui vous donne *l'âge conceptionnel*, en semaines de grossesse. La durée théorique de la gestation sera utile pour apprécier la taille de l'utérus, mais cela suppose que les dernières règles étaient normales et leur date retenue avec précision, et que la conception a vraiment eu lieu. Au cours de l'examen, comparez la taille présumée de l'utérus à la taille palpée, si cet organe est encore dans la cavité pelvienne, ou avec la hauteur du fond utérin, s'il

dépasse la symphyse pubienne. En cas de discordance, recherchez les causes possibles.

- Le premier jour des dernières règles (DR) permet aussi de calculer la date prévue de l'accouchement (DPA), c'est-à-dire le moment prévu de l'accouchement à terme, en supposant des cycles menstruels réguliers de 28 à 30 jours. Utilisez la *règle de Naegele*, qui détermine la DPA en rajoutant 7 jours au premier jour des dernières règles, puis en soustrayant 3 mois et en rajoutant 1 an. Cette date peut être l'une des premières questions que vous pose la future mère.
- Si la femme n'arrive pas à se rappeler de la date de ses dernières règles ou a des cycles menstruels irréguliers, ou si la datation est incertaine, une échographie par voie endovaginale est nécessaire pour préciser l'AG au premier trimestre de grossesse.
- Établissez la fréquence souhaitable des *consultations prénatales suivantes*. Ces consultations comprendront la mesure de la pression artérielle (PA), la pesée, la palpation du fond utérin (hauteur utérine) pour apprécier la croissance fœtale, l'auscultation des bruits du cœur fœtal et la détermination de la présentation et des mouvements du fœtus.

## PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

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

- Nutrition.
- Prise de poids.
- Exercice physique.
- Arrêt de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues.
- Dépistage de la violence conjugale.
- Vaccinations.



**Exercice physique.** Les recommandations 2002 de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) préconisent que, en accord avec leur médecin et en l'absence de contre-indications, les femmes enceintes aient une activité physique modérée pendant environ 30 minutes, presque tous les jours de la semaine. Les femmes qui débutent une activité physique pendant la grossesse doivent recourir à des programmes spécialement mis au point pour les femmes enceintes. Après le premier trimestre, les femmes enceintes doivent éviter l'exercice en décubitus dorsal, qui peut comprimer la veine cave inférieure et diminuer le débit sanguin vers le placenta. Elles doivent aussi interrompre leur effort si elles se sentent fatiguées ou mal à l'aise et éviter d'avoir trop chaud et de se déshydrater.

**Arrêt de la consommation de tabac.** Il faut arrêter toute consommation de tabac. Le tabagisme est lié à des *complications du travail*, telles que l'hématome rétroplacentaire, le placenta *praevia*, l'accouchement prématuré, l'hypotrophie fœtale, et même la mort périnatale.

**Dépistage de la violence conjugale.** Sa prévalence est comprise entre 7 et 20 % pendant la grossesse, et elle peut aboutir au meurtre de la mère et parfois du fœtus. L'ACOG recommande de rechercher chez toutes les femmes une histoire de *violence conjugale* qui pourrait s'aggraver pendant la grossesse. Les indices en sont de fréquents changements de rendez-vous à la dernière minute, le comportement pendant l'entrevue, des céphalées ou des douleurs abdominales chroniques, et des ecchymoses et d'autres signes de traumatisme.

Les cliniciens doivent poser des questions directes de façon neutre, dans un cadre privé, à **chaque consultation prénatale**. Par exemple, vous pouvez demander : « Depuis le début de la grossesse, quelqu'un vous a-t-il giflé ou fait mal d'une façon ou d'une autre ? » Les femmes doivent avoir plusieurs occasions de parler de sévices, parce qu'elles peuvent ne pas se sentir en sécurité et craindre des représailles. Validez les réponses positives et notez les zones traumatisées sur un schéma du corps. Plus important, en cas

## TÊTE ET COU

- *Face.* Recherchez le masque de grossesse (*chloasma*), des taches brunâtres sur le front et les joues, la racine du nez et la mâchoire.
- *Cheveux.*
- *Yeux.* Notez la coloration des conjonctives.
- *Nez,* y compris une congestion nasale.
- *Bouche.*
- *Thyroïde.* Inspectez et palpez la glande. Une discrète hypertrophie est fréquente.

Œdème de la face après 24 semaines dans l'hypertension gravidique

Une pelade ne doit pas être attribuée à la grossesse

L'anémie de la grossesse peut donner une pâleur conjonctivale

Les épistaxis sont fréquentes

Fréquence de l'hypertrophie gingivale

Une hypertrophie importante est anormale et doit être explorée

## THORAX ET POUMONS

Inspectez le thorax : contours et type de respiration.

Alcalose respiratoire au 2<sup>e</sup> et au 3<sup>e</sup> trimestre

## CŒUR

Palpez le choc de la pointe du cœur.

Le choc de la pointe peut être situé un peu plus haut, dans le 4<sup>e</sup> espace intercostal gauche, du fait d'une rotation du cœur vers la gauche consécutive à l'ascension du diaphragme

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

**Auscultez** le cœur. Un bruit de diable et un souffle mammaire systolique ou continu (voir p. 211-212) sont fréquents.

Tout souffle diastolique d'apparition récente doit être exploré

**SEINS**

**Inspectez** les seins et les mamelons : symétrie et couleur.

Le réseau veineux peut être accentué, les mamelons et les aréoles sont foncés et les tubercules de Montgomery proéminents

**Palpez-les**, à la recherche de masses.

Pendant la grossesse, les seins sont sensibles et nodulaires

**Comprimez les deux mamelons** entre le pouce et l'index.

Vous pouvez exprimer du colostrum des mamelons

**ABDOMEN**

Installez la femme enceinte en position demi-assise, avec les genoux fléchis.



**Inspectez :**

- les cicatrices et les vergetures éventuelles

Vergetures pourpres et ligne brune sont normales pendant la grossesse

## TECHNIQUES D'EXAMEN

**Auscultez** le cœur fœtal, et notez sa fréquence, son rythme (RCF), et sa localisation. Un Sonicaide détecte le RCF après 10 semaines. Le RCF est audible avec un stéthoscope fœtal après 18 semaines :

- de 12 à 18 semaines, auscultez la partie basse de l'abdomen, sur la ligne médiane
- après 28 semaines, auscultez sur le dos ou le thorax du fœtus. Utilisez les *manœuvres de Léopold* modifiées pour palper la tête et le dos du fœtus et savoir où ausculter

La *fréquence cardiaque* est habituellement aux alentours de 160/min en début de grossesse, puis elle se ralentit à 120-140/min au voisinage du terme. À partir de 32-34 semaines, le RCF s'accélère avec les mouvements du fœtus.

**Rythme.** Au troisième trimestre, attendez-vous à une variabilité de 10 à 15 battements/min (BPM) sur 1 à 2 minutes.

## CONSTATATIONS POSSIBLES

La non-audition du RCF peut indiquer une grossesse plus jeune qu'alléguée, une mort *in utero* ou une grossesse nerveuse

Un RCF qui chute notablement près du terme, lors des mouvements fœtaux, peut indiquer une mauvaise circulation placentaire

L'absence de variabilité des BPM en fin de grossesse justifie un enregistrement du RCF avec un cardiotocographe

## ORGANES GÉNITAUX, ANUS ET RECTUM

Inspectez les *organes génitaux externes*.

Relâchement de l'orifice vaginal chez les multipares, hypertrophie des lèvres et du clitoris, cicatrices d'une *épisiotomie* ou d'une déchirure périnéale

Inspectez l'*anus*.

Des hémorroïdes peuvent devenir turgescents en fin de grossesse

Palpez les *glandes de Bartholin* et de *Skène*.

Recherchez une *cystocèle* ou une *rectocèle*.

**Examen au spéculum.** Inspectez le *col utérin* : couleur, forme, et cicatrices de déchirures.

Couleur violacée dans la grossesse ; déchirures dues à des grossesses antérieures

Faites des *frottis cervicaux*, si c'est indiqué.

Des prélèvements peuvent être nécessaires au diagnostic d'infection vaginale ou cervicale

Inspectez les *parois vaginales*.

Couleur bleuâtre ou violacée, plis profonds, leucorrhée au cours de la grossesse normale ; irritation vaginale, démangeaisons, et pertes dans l'infection

**Toucher vaginal.** Introduisez deux doigts gantés et lubrifiés dans l'introitus, pulpes vers le bas, en exerçant une légère pression vers le bas, sur le périnée. Faites glisser les doigts sur le dôme postérieur du vagin.

## MEMBRES

Inspectez les membres inférieurs, à la recherche de *varices*.

Inspectez les mains et les pieds, à la recherche d'*œdèmes*.

Vérifiez les *réflexes* rotuliens et achilléens.

Un œdème pathologique est souvent 3+ ou plus sur les crêtes tibiales

Après 24 semaines, des réflexes vifs (> 2+) peuvent suggérer une hypertension gravidique

## → TECHNIQUE SPÉCIALE

### MANŒUVRES DE LEOPOLD

Les manœuvres de Léopold permettent de déterminer :

- la *position du fœtus*, c'est-à-dire comment le fœtus est placé par rapport au rachis de la mère (longitudinale ou transversale)
- sa *présentation*, c'est-à-dire le pôle du fœtus qui se présente au détroit supérieur (la tête ou les fesses)
- la localisation du dos fœtal
- l'*engagement*, c'est-à-dire le degré de descente de la présentation dans le bassin de la mère
- le poids estimé du fœtus

Les variantes fréquentes comportent la *présentation du siège* (les fesses constituent la présentation), et le non-engagement : la présentation n'est pas descendue dans le petit bassin de la mère, à terme

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

*Première manœuvre  
(pôle supérieur)*

Tenez-vous à côté de la femme, en lui faisant face. Gardez les doigts des deux mains qui examinent joints. Palpez doucement, avec la pulpe des doigts, pour déterminer quelle partie du fœtus se trouve dans le fond de l'utérus.

*Deuxième manœuvre  
(parties latérales)*

Mettez les mains de chaque côté de l'abdomen de la femme, afin de coincer le corps du fœtus entre elles. Utilisez une main pour bloquer l'utérus et l'autre pour palper le fœtus.

*Troisième manœuvre  
(pôle inférieur)*

Tournez-vous en direction des pieds de la femme. Palpez la zone juste au-dessus de la symphyse pubienne. Notez si les mains s'écartent ou restent en contact quand vous appuyez vers le bas, pour savoir si la présentation du fœtus, tête ou siège, descend dans le petit bassin.



*Quatrième manœuvre  
(confirmation de la  
présentation)*

Avec la main dominante, saisissez la partie du fœtus qui constitue le pôle inférieur et, avec l'autre main, celle qui constitue le pôle supérieur. Essayez de faire la distinction entre la tête et les fesses.



## CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

### Consigner l'examen physique : la femme enceinte

« *Abdomen* : pas de cicatrice chirurgicale. Bruits intestinaux présents. Souple, indolore ; pas d'hépatosplénomégalie ni de masses palpables. Fond utérin perçu à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; forme ovoïde et lisse. RCF = 144/min. Pas d'adénopathie inguinale. *Organes génitaux externes* : cicatrice d'épisiotomie médiane. Pas de lésions, de pertes ni de signes d'infection. *Toucher vaginal* : col médian, mou, de 4 cm de long ; orifice externe admettant la pulpe d'un doigt ; orifice interne fermé. Pas de douleur à la mobilisation du col ; pas de masses annexielles. Hauteur utérine correspondant à 20 semaines ; fond utérin médian et lisse ; tonus vaginal diminué. »

*(Décrit l'examen d'une femme enceinte, bien-portante, à 20 semaines de gestation)*



## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

### → Approche du patient

Quand vous parlez à des sujets âgés, faites preuve de respect, de patience et de vigilance culturelle. Appelez les patients par leur nom de famille.

**Aménager la pièce de consultation.** Assurez-vous que le cabinet n'est ni trop froid ni trop chaud. Placez-vous directement en face du patient, assis à hauteur de ses yeux. Une pièce bien éclairée permet au sujet âgé de voir votre mimique et vos gestes.

Plus de 50 % des sujets âgés ont des déficits auditifs. Supprimez les sources de distraction ou de bruit dans la pièce. Envisagez d'utiliser un microphone – pour amplifier votre voix – relié à une oreillette mise en place par le patient. Des chaises avec une assise haute et un grand tabouret, avec une rampe pour monter sur la table d'examen, rendront service aux patients qui ont des quadriceps faibles.

**Adapter le contenu et le rythme de la consultation.** Les sujets âgés évoquent souvent des souvenirs. Écoutez ce processus de remémoration pour obtenir des aperçus importants, et aidez les patients à parler de leurs souffrances ou de leurs joies et de leurs réussites.

Mettez en balance la nécessité d'évaluer des problèmes complexes avec l'endurance et la possible fatigue du patient. Pensez à répartir la première évaluation sur deux consultations.

**Obtenir les symptômes du sujet âgé.** Les sujets âgés ont tendance à surestimer leur état de santé même quand l'aggravation d'une maladie ou d'une invalidité est évidente. Pour réduire le risque de diagnostic et d'intervention tardifs, utilisez des questions plus orientées ou des *outils de dépistage sanitaire*. Consultez les membres de la famille et les personnes qui s'occupent d'eux.

Les maladies aiguës se présentent différemment chez les sujets âgés. Faites attention aux modifications de présentation de l'infarctus du myocarde et des maladies de la thyroïde. Les sujets âgés infectés ont moins souvent de la fièvre.

Reconnaissez les groupements de symptômes évocateurs de divers *syndromes gériatriques*, caractérisés par l'interaction et la probable synergie de plusieurs facteurs de risque, par exemple, les chutes, les étourdissements, la dépression, l'incontinence urinaire et les déficits fonctionnels. La recherche d'un « diagnostic unique » peut ne convenir qu'à moins de 50 % des sujets âgés.

Des troubles cognitifs peuvent affecter l'anamnèse du patient. Même des sujets très âgés ayant de légers troubles cognitifs peuvent donner des renseignements suffisants pour révéler leurs troubles actuels. Utilisez des phrases simples pour obtenir les informations indispensables. Chez les patients plus gravement atteints, faites confirmer les symptômes principaux par les proches ou les soignants.

***Tenir compte des dimensions culturelles du vieillissement.*** En 2050, le nombre de sujets âgés sera multiplié par 2,3 et le nombre des sujets âgés appartenant à des minorités par 5,1. Les différences culturelles influent sur l'épidémiologie des maladies et la santé mentale, le processus d'acculturation, les inquiétudes particulières des personnes âgées, la possibilité d'erreurs de diagnostic, et la disparité des évolutions. Revoyez les composantes de la conscience de soi, indispensables à la compétence culturelle discutée au chapitre 3 (p. 61-63). Enquêrez-vous de conseillers spirituels et de guérisseurs traditionnels. Les valeurs culturelles affectent en particulier les décisions de fin de vie. Les anciens, la famille, et même un groupe communautaire peuvent prendre ces décisions, avec ou pour le sujet âgé.

## Caractéristiques de la douleur aiguë et persistante

Douleur aiguë	Douleur persistante (chronique)
Début net	Dure plus de 3 mois
Pathologie évidente	Souvent associée à des altérations psychologiques ou fonctionnelles
Durée brève	Peut varier dans le temps, en qualité et en intensité
Causes fréquentes : postopératoire, traumatisme, céphalées	Causes fréquentes : rhumatisme, cancer, claudication, crampes des membres inférieurs, névrite, radiculite

Source : Reuben DB, Herr KA, Pacala JT *et al.* *Geriatrics at your Fingertips*. 6<sup>th</sup> ed. Malden, MA : Blackwell Publishing, Inc., for the American Geriatrics Society, 2004 : 149.

**Tabac et alcool.** À chaque consultation, conseillez aux fumeurs âgés d'arrêter de fumer.

On estime que 5 à 10 % des adultes de plus de 65 ans ont des problèmes liés à l'alcool, et on s'attend à une augmentation de ce pourcentage avec le vieillissement de la population dans les prochaines décennies. Malgré la prévalence des problèmes d'alcool chez les sujets âgés, les taux de détection et de traitement sont faibles. Utilisez le questionnaire CAGE pour découvrir un problème de boisson (voir p. 59).

**Directives anticipées et soins palliatifs.** Les dispensateurs de soins doivent aborder ces sujets de discussion avant que n'apparaisse une maladie grave. La planification des soins à l'avance suppose d'informer le patient, de solliciter ses préférences, d'identifier les personnes de confiance ou les mandataires de santé, et de manifester de l'empathie et du soutien. Utilisez un langage clair et simple. Questionnez le patient sur ses préférences concernant les ordres écrits de « ne pas réanimer » (DNR : « *Do Not Resuscitate* »), spécifiant les mesures de suppléance des fonctions vitales « au cas où le cœur ou les poumons s'arrêteraient de fonctionner ».

Incitez le patient à désigner par écrit une personne de confiance ou à donner un pouvoir à un homme de loi pour les soins médicaux, « quelqu'un qui pourra prendre des décisions conformes à vos volontés en cas de confusion ou d'urgence ». Il vaut mieux que ces discussions aient lieu dans un cabinet médical que dans le cadre incertain et stressant de l'urgence ou des soins aigus.

Le but des *soins palliatifs* est « de soulager la souffrance et d'améliorer la qualité de vie des patients arrivés à un stade avancé de leur maladie, et de leurs familles, grâce à des connaissances et des compétences particulières, qui comprennent la communication avec le patient et ses parents ; la prise en charge de la douleur et des autres symptômes ; un soutien psychosocial, spirituel et comportemental ; et la coordination de tous les services médicaux et sociaux ».

## PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

### Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils chez les sujets âgés

- Quand dépister.
- Dépistage du cancer.
- Démence et légers troubles cognitifs.
- Maltraitance des personnes âgées.

**Quand dépister.** Avec l'allongement de la durée de vie au-delà de 80 ans, de nouveaux problèmes se posent pour le dépistage. En général, fondez les décisions de dépistage sur le contexte propre à chaque personne âgée plutôt que seulement sur l'âge. Prenez en considération l'espérance de vie, le temps nécessaire pour tirer profit du dépistage, et les préférences du patient. Si l'espérance de vie est brève, l'*American Geriatrics Society* (AGS) recommande de donner la priorité aux traitements profitables au patient pour le temps qu'il lui reste à vivre.

- Dépistez les changements de la *vision* et de l'*audition* dus à l'âge. Ils figurent dans le « Dépistage gériatrique en 10 minutes » (voir p. 481-482).
- Recommandez une *activité physique* aérobie régulière. Les exercices de résistance et le Tai Chi peuvent être très utiles pour améliorer l'équilibre.
- Les *vaccinations* comprennent le vaccin antipneumococcique une fois après 65 ans, le vaccin antigrippal annuellement après 65 ans, et le vaccin contre le zona.
- Encouragez la *sécurité à la maison*. Corrigez un éclairage faible, des chaises trop hautes, des surfaces irrégulières ou glissantes et des dangers environnementaux.

**Dépistage du cancer.** Le *dépistage de certains cancers* est controversé compte tenu des preuves limitées en faveur de sa mise en œuvre chez les adultes de plus de 70-80 ans :

- l'AGS recommande une *mammographie* tous les ans ou tous les deux ans pour dépister le cancer du sein jusqu'à 75 ans, puis tous les 2 à 3 ans tant que l'espérance de vie reste supérieure à 4 ans ;
- 40 à 50 % des décès par cancer du col touchent des femmes de plus de 65 ans. Prélevez des frottis cervicaux tous les 1 à 3 ans jusqu'à l'âge de 65-70 ans, s'il n'y a pas d'antécédent de pathologie cervicale ;
- une coloscopie est recommandée pour dépister le cancer du côlon tous les 10 ans, à partir de 50 ans. Cet examen est pénible pour nombre de sujets âgés, qui peuvent le refuser malgré vos incitations ;
- recherchez un cancer de la peau et un cancer de la bouche chez les patients à risque élevé.

**Démence et légers troubles cognitifs.** La *démence* est un « syndrome acquis de déclin de la mémoire et d'au moins un autre secteur cognitif, tel que le langage, la capacité visuospatiale ou la fonction exécutive, suffisant pour perturber le fonctionnement social et professionnel de quelqu'un ». Elle touche 16 % des Américains de plus de 65 ans. Ses grandes caractéristiques sont :

- des troubles de la mémoire, à court et à long terme, et du jugement ;
- un appauvrissement des processus de la pensée ;
- un langage hésitant, par suite de difficultés à trouver ses mots ;
- une perte de l'orientation dans l'espace.

La plupart des démences séniles sont des maladies d'Alzheimer (50 à 85 %) ou des démences vasculaires par infarctus cérébraux multiples (10 à 20 %). La démence a souvent un début lent et insidieux. Elle peut échapper à la vigilance des familles et des cliniciens, notamment aux stades précoces de *l'altération cognitive légère*, qui peut n'être détectée que par des tests cognitifs. Recherchez des problèmes de mémoire, plus tard des changements des fonctions cognitives ou des AVQ. Écoutez les plaintes de la famille au sujet de comportements nouveaux ou inhabituels. Recherchez des facteurs favorisants, tels que des traitements, une dépression, des troubles métaboliques, ou d'autres affections médicales ou psychiatriques.

**Maltraitance des personnes âgées.** Dépistez de possibles *mauvais traitements*, qui comprennent les sévices, la négligence, l'exploitation et l'abandon. Leur prévalence est environ de 1 à 5 % dans la population âgée ; cependant, un certain nombre de cas restent méconnus.

## Dépistage gériatrique en 10 minutes

Problème et mesure de dépistage	Dépistage positif
<p>Vision. Deux temps :</p> <p>Demandez : « Avez-vous du mal à conduire, ou à regarder la télévision, ou à lire, ou à accomplir l'une ou l'autre de vos activités quotidiennes à cause de votre vue ? »</p> <p>Si oui, testez alors chaque œil avec une échelle de Snellen, le patient étant muni de ses verres correcteurs (si c'est applicable).</p>	<p>Une réponse par « oui » et une acuité visuelle <math>\leq 5/10</math> sur l'échelle de Snellen</p>
<p>Audition : utilisez un audiomètre réglé à 40 dB et testez l'audition aux fréquences de 1 000 et 2 000 Hz.</p>	<p>Incapacité d'entendre 1 000 ou 2 000 Hz dans les deux oreilles, ou les 2 fréquences dans une oreille</p>
<p>Mobilité des membres inférieurs. Chronométrez le patient après lui avoir demandé : « Levez-vous de la chaise, parcourez rapidement 6 mètres, faites demi-tour, retournez à la chaise et asseyez-vous. »</p>	<p>Incapacité d'accomplir le tout en moins de 15 secondes</p>
<p>Incontinence urinaire. Deux temps :</p> <p>Demandez : « Au cours de l'année écoulée, avez-vous perdu des urines et vous êtes-vous mouillé ? »</p> <p>Si oui, demandez alors : « Avez-vous perdu des urines à au moins 6 reprises, à des dates différentes ? »</p>	<p>« Oui » aux deux questions</p>
<p>Nutrition/perte de poids. Deux temps :</p> <p>Demandez : « Avez-vous maigri de 5 kg ou plus au cours des 6 derniers mois, sans faire de régime ? »</p> <p>Pesez le patient.</p>	<p>« Oui » à la question, ou un poids <math>&lt; 45</math> kg</p>
<p>Mémoire. Se rappeler 3 items.</p>	<p>Incapacité de se rappeler les 3 items au bout de 1 minute</p> <p style="text-align: right;">➔</p>

Dépistage gériatrique en 10 minutes ( <i>suite</i> )	
Problème et mesure de dépistage	Dépistage positif
Dépression. Demandez : « Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ? »	« Oui » à la question
Handicap physique. Six questions : « Êtes-vous capable de... : « Faire des activités fatigantes telles qu'une marche rapide ou du vélo ? » « Faire des gros travaux dans la maison, comme laver les vitres, les murs ou les sols » « Aller acheter des aliments ou des vêtements ? » « Aller dans des endroits éloignés ? » « Vous laver avec une éponge, prendre un bain ou vous doucher ? » « Vous habiller, c'est-à-dire enfiler une chemise, fermer des boutons, tirer une fermeture éclair ou vous chausser ? »	« Non » à n'importe laquelle de ces questions

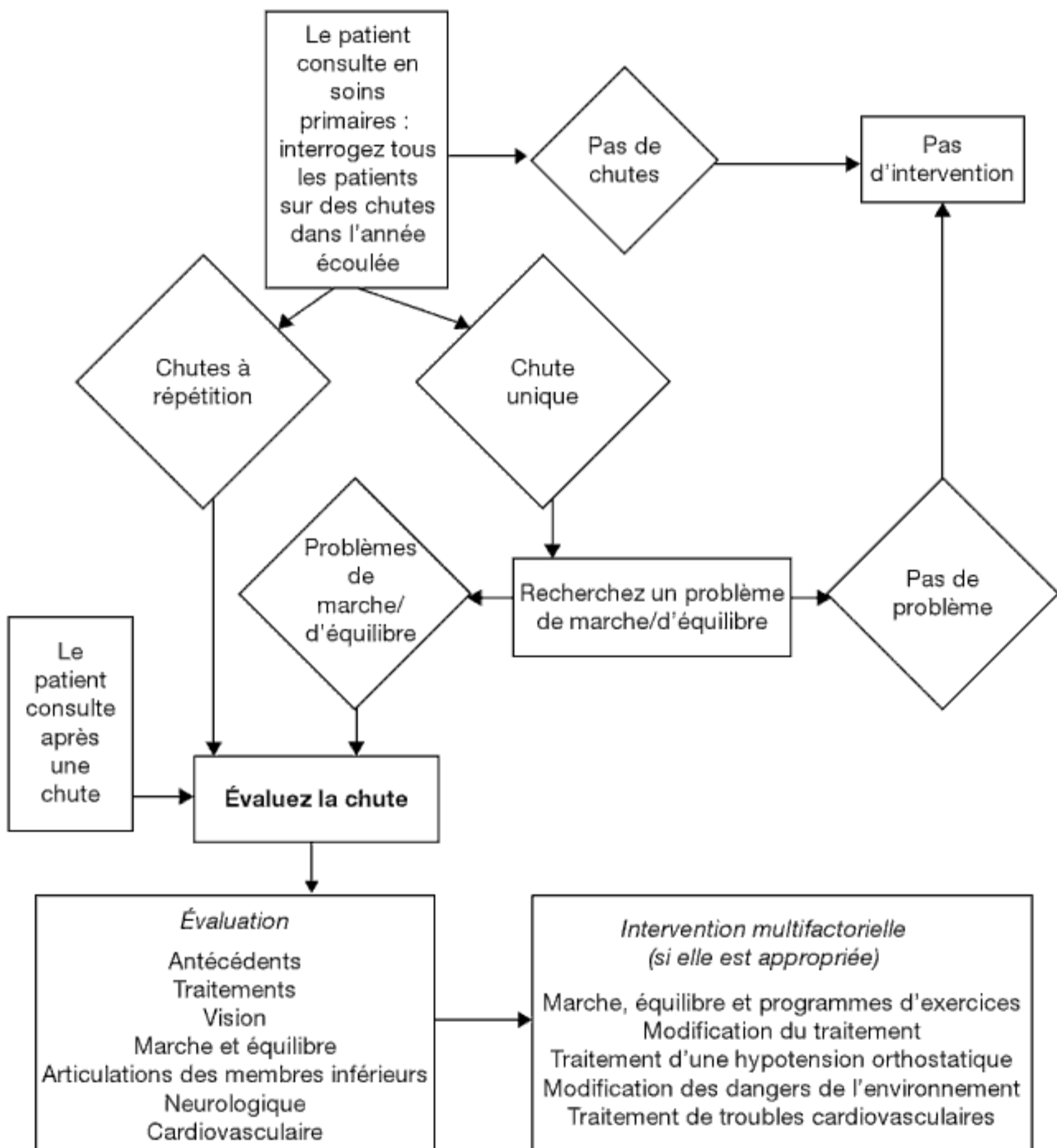
Source : More AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly : clinical confirmation of a screening instrument. *Am J Med* 1996 ; 100 : 438-40.

**Évaluation plus poussée des chutes.** Chaque année, à peu près 35 à 40 % des sujets âgés vivant à domicile font des chutes. L'incidence à l'hôpital et en maison de retraite atteint presque le triple, avec des blessures dans environ 25 % des cas.

L'AGS recommande d'évaluer les facteurs de risque de chute au cours des examens systématiques en soins primaires, et de renforcer cette évaluation dans les groupes à risque élevé – ceux qui ont fait une ou plusieurs chutes, les pensionnaires des maisons de retraite et ceux qui ont tendance à se blesser en tombant. Déterminez comment la chute est survenue, en demandant des détails aux témoins, et identifiez les facteurs de risque, les comorbidités, l'état fonctionnel et les risques environnementaux. Couplez cette évaluation à des actions préventives, comme les exercices de marche et



d'équilibre et les exercices de musculation, la réduction des dangers domestiques, l'arrêt des médicaments psychotropes, et une évaluation multifactorielle pour des interventions ciblées. Les recommandations de l'AGS sur l'évaluation et les interventions multifactorielles sont présentées ci-dessous.



American Geriatric Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons. Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc 2001 ; 49 (5) : 664-72.

## EXAMEN PHYSIQUE DU SUJET ÂGÉ

**Constantes vitales.** Mesurez la pression artérielle (PA), à la recherche d'une élévation de la PA systolique et d'un élargissement de la PA différentielle (la PA systolique moins la PA diastolique).

Recherchez une hypotension orthostatique, définie par une chute de la PA systolique  $\geq 20$  mmHg ou de la PA diastolique  $\geq 10$  mmHg après moins de 3 minutes de station debout. Mesurez la PA dans deux positions : en décubitus dorsal, après 10 minutes de repos, puis dans les 3 minutes suivant le passage en position debout.

Revoyez les catégories du JNC VII ; elles vous permettront de détecter et de traiter précocement une hypertension artérielle.

Mesurez la fréquence cardiaque (FC), la fréquence respiratoire et la température. La fréquence du choc de la pointe du cœur peut être plus informative dans les troubles du rythme chez les sujets âgés. Utilisez des thermomètres précis pour les basses températures.

Une *hypertension systolique isolée* (PA systolique  $\geq 140$  mmHg) après 50 ans triple le risque de maladie coronarienne chez les hommes. Une PA différentielle  $\geq 60$  mmHg est un facteur de risque de maladie cardiovasculaire et rénale et d'AVC

Une *hypotension orthostatique* se voit chez 10 à 20 % des sujets âgés et chez près de 30 % de ceux qui vivent en maison de retraite, notamment le matin, au lever. Elle peut se manifester par des étourdissements, une faiblesse, une instabilité, une vision brouillée et, chez 20 à 30 % des patients, par une syncope

Recherchez des traitements, des troubles végétatifs, un diabète sucré, un repos au lit prolongé, une spoliation sanguine et des troubles cardiovasculaires

Une fréquence respiratoire  $\geq 25$  mouvements respiratoires/minute indique une infection respiratoire basse

L'hypothermie est plus fréquente chez les vieillards

## TECHNIQUES D'EXAMEN

Le poids et la taille sont très importants et nécessaires au calcul de l'indice de masse corporelle (p. 71). Il faut peser les patients à chaque consultation.

**Peau.** Notez les modifications physiologiques dues au vieillissement, telles que l'amincissement, la perte de tissu élastique et de turgor, et la formation de rides.

Vérifiez la face d'extension des mains et des avant-bras.

Recherchez des lésions dues à l'exposition au soleil. Il peut s'agir d'un *lentigo sénile* (taches hépatiques) ou d'une *kératose actinique*, des papules planes superficielles surmontées d'une squame sèche (p. 124).

Recherchez, par l'inspection, des *comédons* ou points noirs, sur les joues et autour des yeux ; des *taches rubis* (p. 122), et des *kératoses séborrhéiques* (p. 124).

## CONSTATATIONS POSSIBLES

Un poids faible est un indicateur clé de dénutrition

La dénutrition se voit dans la dépression, l'alcoolisme, les troubles cognitifs, les cancers, les insuffisances viscérales chroniques (cardiaque, rénale, pulmonaire), la consommation de médicaments, l'isolement social et la pauvreté

Peau sèche, squameuse, rugueuse et souvent prurigineuse

Plaques blanches dépigmentées (*pseudo-cicatrices*) ; macules ou plaques violettes, bien délimitées, qui s'effacent en plusieurs semaines (*purpura actinique*)

Distinguez ces lésions d'un *épithélioma basocellulaire* et d'un *épithélioma spinocellulaire* (p. 124). Lésion asymétrique, surélevée et foncée, avec des bords irréguliers, d'un *mélanome*

## TECHNIQUES D'EXAMEN

Recherchez des lésions vésiculeuses douloureuses dans le territoire d'un dermatome.

Chez les sujets alités, surtout s'ils sont cachectiques ou neurologiquement atteints, inspectez complètement la peau à la recherche de lésions ou d'ulcérations.

**TYONG.** Inspectez les paupières, les bords des orbites et les yeux.

Testez l'acuité visuelle avec une planche de Snellen portable ou murale.

Examinez soigneusement les cristallins et les fonds d'yeux.

Inspectez soigneusement les deux cristallins à la recherche d'opacités.

## CONSTATATIONS POSSIBLES

*Zona*, dû à la réactivation du virus varicelle-zona latent dans les ganglions rachidiens

Les *escarres* peuvent être dues à l'oblitération des artéριοles et des capillaires vascularisant la peau ou à des forces de cisaillement (glissement entre les draps, mise en position assise incorrecte)

*Ptose sénile* due à la faiblesse du releveur de la paupière supérieure, au relâchement de la peau et à l'alourdissement de la paupière supérieure

*Ectropion* ou *entropion* des paupières inférieures (p. 151-152)

Jaunissement des sclérotiques et *arc sénile* (ou gérontoxon), un anneau blanchâtre autour du limbe cornéen

Plus de 40 millions d'Américains ont des vices de réfraction, type *presbytie*

Les cataractes, le glaucome et la dégénérescence maculaire augmentent de fréquence avec l'âge

Les *cataractes* sont la première cause de cécité de par le monde

## TECHNIQUES D'EXAMEN

Évaluez le rapport excavation de la papille/papille, normalement  $\leq 1/2$ .

Inspectez les fonds d'yeux à la recherche de corps colloïdes responsables d'altérations de la pigmentation, les *druses*. Les druses peuvent être dures et bien délimitées, ou molles et confluentes, avec une pigmentation altérée.

Testez l'audition avec la voix chuchotée (voir p. 143) ou un audiomètre. Vérifiez bien l'absence de cérumen dans les conduits auditifs externes.

Examinez la cavité buccale : odeur, aspect de la muqueuse gingivale, caries, mobilité des dents et débit de salive.

Inspectez-la attentivement à la recherche de lésions de la muqueuse buccale. Demandez au patient d'enlever ses prothèses dentaires, afin de voir des lésions gingivales dues à ces prothèses.

## CONSTATATIONS POSSIBLES

Un rapport excavation de la papille/papille augmenté évoque un *glaucome* à angle ouvert, qui peut entraîner une perte de la vision périphérique et centrale et une cécité. Sa prévalence est trois à quatre fois plus élevée chez les Afro-Américains

La *dégénérescence maculaire* provoque une mauvaise vision centrale et une cécité. Elle peut être *sèche, atrophique* (plus fréquente mais moins grave) ou *humide, exsudative*, avec une néovascularisation

Enlever un bouchon de cérumen peut améliorer brusquement l'audition

Une *mauvaise odeur* peut être due à une mauvaise hygiène buccale, à une parodontite ou à des caries.

Une *gingivite* peut être due à une parodontolyse

Plaque dentaire et cavités en cas de caries. Mobilité accrue des dents ; risque d'inhalation de dents.

Diminution de la salivation due à certains traitements, une irradiation, un syndrome de Sjögren ou une déshydratation

## TECHNIQUES D'EXAMEN

Recherchez des souffles cardiaques en auscultant toutes les zones du cœur (voir p. 200). Décrivez le temps, la forme, la localisation du maximum d'intensité, l'irradiation, l'intensité, la hauteur et la qualité de tout souffle détecté.

Pour les souffles systoliques entendus sur la clavicule, recherchez un retard du pouls radial par rapport au pouls brachial.

**Seins et aisselles.** Palpez soigneusement les seins, à la recherche de grosseurs et de masses.

**Abdomen**

- Recherchez des souffles sur l'aorte, les artères rénales et les artères fémorales.
- Inspectez la partie supérieure de l'abdomen ; palpez à gauche de la ligne médiane, pour déceler les pulsations aortiques.

## CONSTATATIONS POSSIBLES

Un souffle cardiaque systolique *crescendo-decrescendo* dans le deuxième espace intercostal droit évoque une *sclérose ou un rétrécissement aortique*. Ces deux affections comportent un risque accru de maladie cardiovasculaire et de décès

Un souffle holosystolique rude à la pointe du cœur suggère une insuffisance mitrale, fréquente chez le vieillard

Retard du pouls radial par rapport au pouls brachial quand ces deux pouls sont palpés (mais pas comprimés) simultanément dans le *rétrécissement aortique*

Possibilité de cancer du sein

*Souffles en cas d'athérosclérose*

Une aorte élargie et une masse pulsatile peuvent se voir dans un *anévrisme de l'aorte abdominale*

## TECHNIQUES D'EXAMEN

## CONSTATATIONS POSSIBLES

En retirant le spéculum, demandez à la patiente de pousser.

Faites un toucher vaginal.

Faites le toucher rectovaginal.

**Organes génitaux masculins et prostate.** Examinez le pénis ; décalottez le gland, si le prépuce est présent. Examinez le scrotum, les testicules et les épидидymes.

Faites un toucher rectal.

**Système vasculaire périphérique.** Auscultez l'abdomen, à la recherche de souffles aortiques, rénaux ou fémoraux.

Palpez les pouls.

Prolapsus utérin, cystocèle, urétrocèle ou rectocèle

Voir tableau 14-6 : « Positions de l'utérus et fibromyomes utérins », p. 304.

Mobilité du col restreinte par l'inflammation, un cancer ou des adhérences postopératoires. Ovaires palpables en cas de *cancer de l'ovaire*

Utérus augmenté de volume, fixé ou irrégulier en cas d'adhérences ou de cancer. Masses rectales perceptibles dans le *cancer du côlon*

Smegma, cancer du pénis, hydrocèle vaginale

Masses rectales dans le *cancer du côlon*. *Hypertrophie bénigne (adénome) de la prostate* en cas d'augmentation de volume ; *cancer de la prostate* en cas de nodules ou de masses

Souffles sur ces artères en cas d'*athérosclérose*

Pouls diminués ou abolis en cas d'*occlusion artérielle*. Confirmez avec un indice cheville-bras

**Appareil locomoteur.** Étudiez la motricité globale et la démarche. En cas de déformations articulaires, de limitations de la mobilité ou de douleurs aux mouvements, faites un examen plus complet.

**Système nerveux.** Commencez l'évaluation du système nerveux par le « Dépistage gériatrique en 10 minutes » (p. 481-482).

Approfondissez l'examen si vous notez des déficits. Concentrez-vous sur la mémoire et l'affect.

Évaluez la démarche et l'équilibre, en particulier en station debout ; le temps nécessaire pour faire 8 pas ; les caractéristiques du pas, telles que sa largeur, son rythme et son amplitude ; et le demi-tour.

Bien que des anomalies neurologiques soient fréquentes chez les sujets âgés, leur prévalence sans maladie identifiable augmente avec l'âge et atteint 30 à 50 %.

Revoyez les techniques d'examen des différentes articulations au chapitre 16. Dégénérescence articulaire dans l'*arthrose* ; inflammation articulaire dans la *polyarthrite rhumatoïde* et la *goutte*. Voir tableaux 16-1 à 16-4

Apprenez à distinguer le délire de la dépression et de la démence. Voir tableau 20-1

Les anomalies de la démarche et de l'équilibre, en particulier l'élargissement de la base, le ralentissement et l'allongement du pas et la difficulté à tourner, sont liées au risque de chutes

Changements physiologiques dus au vieillissement : inégalité de taille pupillaire (anisocorie), diminution du balancement et des mouvements spontanés des membres supérieurs, augmentation de la raideur des membres inférieurs et anomalies de la démarche, présence des réflexes de la moue et de la préhension, et diminution de la sensibilité vibratoire des orteils



## TECHNIQUES D'EXAMEN

Recherchez et analysez des tré-mulations, une rigidité, une bradykinésie, une micrographie, une démarche hésitante, et des difficultés à se retourner dans le lit, à ouvrir la mâchoire et à se lever d'une chaise.

## CONSTATATIONS POSSIBLES

*Le tremblement parkinsonien est lent et survient au repos, à type d'émiettement ; il est aggravé par le stress et disparaît pendant le sommeil et le mouvement*

*Le tremblement essentiel est bilatéral et symétrique, avec des antécédents familiaux, et une diminution par l'alcool*

## CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

En parcourant ce CRO de l'examen physique, vous remarquerez quelques constatations anormales. Testez-vous. Voyez si vous êtes capable de les interpréter en fonction de ce que vous avez appris sur l'examen du sujet âgé.

### Consigner l'examen physique : le sujet âgé

**1/2/2008**

M. J. est un adulte âgé apparemment bien-portant mais amaigri, avec une bonne masse musculaire. Il est alerte et interactif et se rappelle bien de l'histoire de sa vie. Il est accompagné par son fils.

**Constantes vitales.** Taille (sans les chaussures) : 1,60 m. Poids (habillé) : 65 kg. IMC = 25. PA = 145/88 mmHg au bras droit, couché ; 154/94 mmHg au bras gauche, couché. Fréquence cardiaque : 98/min, régulière. Fréquence respiratoire : 18/min. Température buccale : 37 °C.

**Dépistage gériatrique en 10 minutes :** voir p. 481-482.

*(suite)*

## AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 20-1

## Délire et démence

	Délire	Démence
<b>Caractéristiques cliniques</b>		
<i>Début</i>	Aigu	Insidieux
<i>Évolution</i>	Fluctuante, avec des périodes de lucidité ; aggravation la nuit	Aggravation lente
<i>Durée</i>	De quelques heures à plusieurs semaines	De quelques mois à plusieurs années
<i>Cycle veille/sommeil</i>	Toujours perturbé	Sommeil fractionné
<i>Affection médicale ou intoxication médicamenteuse</i>	Souvent présentes	Souvent absentes, notamment dans la maladie d'Alzheimer
<b>État mental</b>		
<i>Niveau de conscience</i>	Perturbé. Sujet moins conscient de son environnement et moins capable de fixer, maintenir ou déplacer son attention	Habituellement normal, jusqu'à un stade avancé de la maladie
<i>Comportement</i>	Activité souvent anormalement diminuée (sommolence) ou augmentée (agitation, hypervigilance)	Normal à lent ; peut devenir inadapté
<i>Parole</i>	Peut être hésitante, lente ou rapide, incohérente	Difficulté à trouver ses mots, aphasie



TABLEAU 20-1

**Délire et démence (suite)**

	<b>Délire</b>	<b>Démence</b>
<i>Humour</i>	Variable, labile, de craintive ou irritable à normale ou déprimée	Souvent abattue, déprimée
<i>Processus de la pensée</i>	Désorganisé, voire incohérent	Appauvri. Le discours est peu informatif
<i>Contenu de la pensée</i>	Hallucinations fréquentes, souvent transitoires	Des hallucinations peuvent survenir
<i>Perceptions</i>	Illusions, hallucinations, le plus souvent visuelles	Des hallucinations peuvent survenir
<i>Jugement</i>	Altéré, à un degré variable	S'altérant de plus en plus
<i>Orientation</i>	Habituellement perturbée, notamment pour le temps. Un endroit familier peut sembler étranger	Bien conservée, mais s'altère à un stade avancé
<i>Attention</i>	Fluctue. Distraction facile, incapacité à se concentrer sur des tâches sélectionnées	Habituellement pas touchée jusqu'à un stade avancé
<i>Mémoire</i>	Mémoire immédiate et récente altérée	Mémoire récente et apprentissages nouveaux particulièrement altérés
<b>Exemples de cause</b>	<p><i>Delirium tremens</i> (dû au sevrage d'alcool)</p> <p>Insuffisance rénale chronique</p> <p>Insuffisance hépatique aiguë</p> <p>Vascularite cérébrale aiguë</p> <p>Intoxication par l'atropine</p>	<p><i>Réversibles</i>: carence en vitamine B12, dysfonctionnements thyroïdiens</p> <p><i>Irréversibles</i>: maladie d'Alzheimer, démence vasculaire (ramollissements multiples), démence après un traumatisme crânien</p>

TABLEAU 20-2

**Dépistage de la démence : le Mini-Cog\*****Passation**

Le test est passé de la façon suivante :

1. Dites au patient d'écouter attentivement 3 mots sans relation afin de s'en rappeler et de les répéter ensuite.
2. Dites au patient de dessiner la face avant d'une montre (avec les heures), soit sur une feuille de papier blanche, soit sur une feuille de papier où est déjà représenté le cercle du cadran. Une fois que le patient a inscrit les chiffres des heures dans le cadran, demandez-lui de dessiner la position des aiguilles pour une heure précise.
3. Demandez au patient de répéter les trois mots prononcés auparavant.

**Cotation**

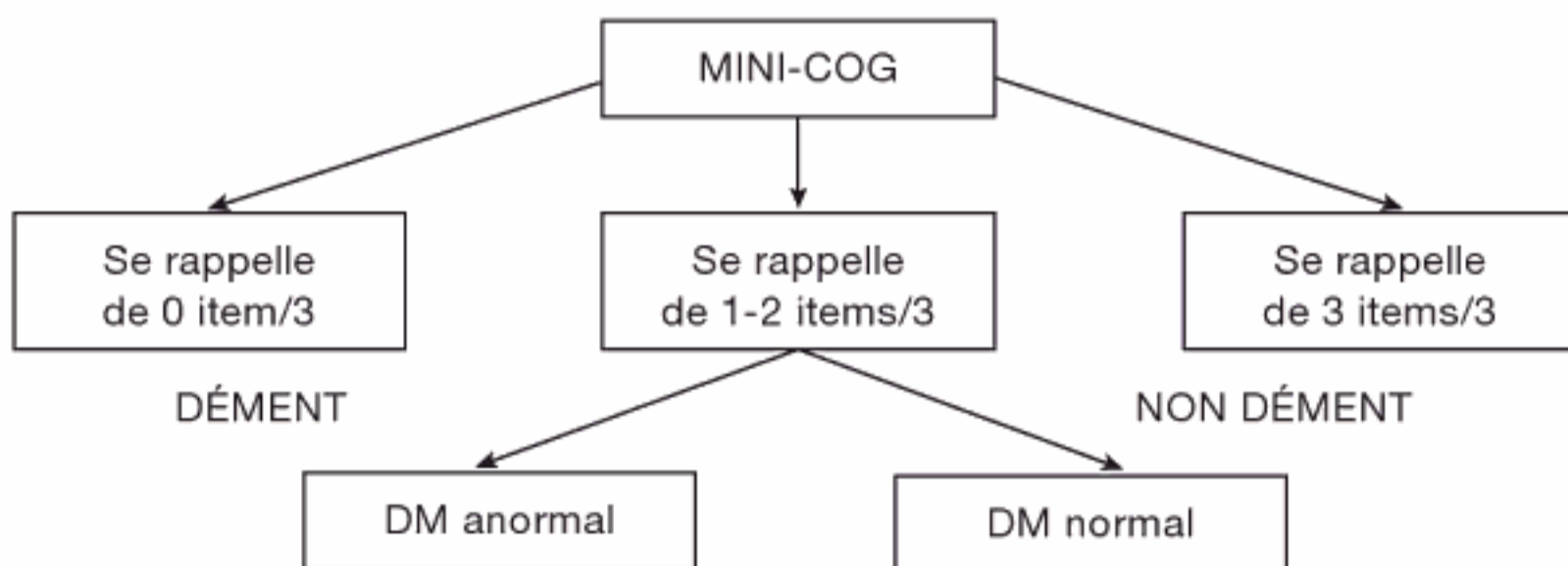
Comptez 1 point par mot restant mémorisé après le dessin de la montre (DM), qui avait pour but de distraire le patient.

Les patients qui ne se rappellent aucun des trois mots sont classés comme déments (score = 0).

Les patients qui se rappellent les 3 mots sont classés comme non déments (score = 3).

Les patients qui se rappellent 1 ou 2 mots sont classés d'après le DM (anormal = dément ; normal = non dément).

Remarque : le DM est considéré comme normal si tous les chiffres sont disposés dans le bon ordre et au bon endroit, et que les aiguilles indiquent lisiblement l'heure demandée.

**ALGORITHME DE COTATION DU MINI-COG**

\* NdT : abréviation de Mini-Cognitive assessment.

Tiré de Borson S, Scanlan J, Brush M *et al.* The Mini-Cog : a cognitive « vital signs » measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 ; 15 (11) : 1021-7. Copyright John Wiley & Sons. Reproduction autorisée.