

Urgence Respiratoire
- Signes de gravité des affections respiratoires aiguës sont des signes physiques - Rapidité de leur installation est un élément important - Ces signes sont liés à la physiopathologie respiratoire
1) Rechercher une cyanose 2) Compter fréquence respiratoire 3) Examiner dynamique thoraco-abdominale (recrutement abdominaux, muscles du cou, tirage, respi abdominale paradoxale) 4) Recherche des signes de choc (marbrures cutanées, hypotension artérielle, tachycardie) 5) Recherche de troubles neurologiques (agitation, troubles du comportement, confusion, troubles de la vigilance)
Signes de lutte ventilatoire
○ Anomalies de la fréquence respiratoire et du volume courant : polypnée et polypnée superficielle ▪ Polypnée : accélération de la fréquence respiratoire > 16 cycles/min ▪ Polypnée superficielle : polypnée avec diminution du volume courant : mise en évidence par difficulté à parler et inefficacité de la toux. <i>Plus la polypnée est superficielle et plus elle entraîne une hypoventilation alvéolaire.</i> <i>=> Intérêt sémio : suivre l'évolution d'un patient</i> ○ Anomalies de la dynamique ventilatoire : recrutement des groupes musculaires inspiratoires et expiratoires ▪ Muscles expiratoires : expiration abdominale active ▪ Muscles inspiratoires accessoires : pouls inspiratoire (= contraction cyclique des SCM) ▪ Muscles dilatateurs des voies aériennes supérieures : battement des ailes du nez ▪ Tirage : déplacement de différents repères anatomiques (normalement immobiles) durant la ventilation <i>=> Intérêt sémio : mise en jeu des muscles inspi du cou = signe de gravité</i>
Signes de faillite ventilatoire
○ Respiration abdominale paradoxale : déflation abdominale synchrone de la contraction des muscles du cou <i>Signe de faillite de la pompe musculaire ventilatoire</i> ○ Cyanose : ▪ Cyanose centrale : désaturation de hbg précédant éjection du sang par VG ▪ Cyanose périphérique : phénomène local, au niveau des capillaires, ralentissement circulatoire local <i>Signe de faillite de l'échangeur pulmonaire</i> <i>Hbg réduite > 5d/dl</i> ○ Ralentissement neurologique : ▪ Astérisis/flapping tremor : abolition transitoire du tonus de posture <i>Evocateur d'une hypercapnie</i> <i>Pas spécifique d'une anomalie respiratoire</i> ▪ Altération du comportement, de la vigilance, confusion, désorientation spatio-temporelle, ralentissement idéo-moteur, obnubilation

Sémiologie des affections du médiastin
Syndromes vasculaires
○ Syndrome cave supérieur : ▪ Cyanose périphérique localisée (mains et visage) ▪ Œdème périphérique en pélerine, plus marqué le matin et en décubitus. Au max on peut avoir : œdème cérébral avec somnolence et céphalées (fin de nuit ou réveil) ▪ Turgescence jugulaire ▪ Circulation veineuse collatérale à la partie antéro-sup du thorax ○ Syndrome cave inférieur : ▪ Mêmes signes que SCS mais dans partie basse du corps et moins fréquent ○ Chylothorax : ▪ Accumulation de liquide chyleux dans la plèvre car compression des lymphatiques
Syndromes neurologiques
○ Syndrome récurrentiel gauche : compression du récurrentiel gauche ▪ Dysphonie ▪ Corde vocale gauche normale mais immobile lors de l'examen ORL ○ Syndrome de Claude Bernard Horner : paralysie du sympathique cervical ▪ Myosis : rétrécissement de la pupille ▪ Ptosis : rétrécissement de la fente palpébrale ▪ Enophtalmie : globe oculaire plus enfoncé dans l'orbite <i>Signes homolatéraux</i> <i>Parfois sudation, élévation de la température</i>
Syndrome digestif
Peut correspondre à compression de l'œsophage => dysphagie
Syndrome respiratoire
Dyspnée, toux, hémoptysie, wheezing (oriente vers une sténose bronchique, entendu à n'importe quel temps de la respiration)

Sémiologie des troubles respiratoires du sommeil	
Interrogatoire	
Symptômes diurnes - Somnolence diurne excessive (échelle de somnolence d'Epworth ou autres examens complémentaires) - Asthénie - Sommeil non réparateur - Troubles de la concentration et de la mémoire - Troubles de l'humeur, syndrome dépressif - Céphalées matinales	Symptômes nocturnes - Ronflements chroniques (vibrations des tissus pharyngés) - Apnées - Réveils nocturnes asphyxiques + TC associée fréquente - Nycturie - Troubles sexuels
Contexte clinique - Facteurs de risque cardiovasculaire - ATCD cardiologiques et neurologiques - ATCD pneumologiques - ATCD ORL - ATCD familiaux de ronflements, de morphotype particulier	
Signes cliniques	
○ Evaluation du surpoids/obésité : - IMC : surpoids : $25 < \text{IMC} < 30$; obésité > 30 (modérée/stade 1 : 30-34,9 ; sévère/stade 2 : 35-39,9 ; morbide/stade 3 : > 40) - Mesure du périmètre abdominal : > 94 cm (H) ou 80 cm (F) ○ Inspection : - Cou court, menton fuyant, périmètre cervical > 41 cm (F) et 44 (H) - Examen de la partie haute oropharynx (vélo-pharynx) : longueur du voile, luette, volume amygdalien, langue - Examen partie basse (rétro-baso-lingual) et pharynx (vision indirecte grâce miroir) : hypertrophie du pôle inf des amygdales palatines, des amygdales linguales - Examen des fosses nasales : déviation septale, hypertrophie des cornets ○ Palpation : - Loge thyroïdienne <i>A compléter par recherche du degré d'IR, IC, ou déficit neurologique associé</i>	
Examens complémentaires	
○ Polysomnographie : - Grand nombre de paramètres en même temps - Apnées : arrêt du débit naso-buccal, significatif quand + de 10s - Hypopnées : au moins 10s + diminution de 50% d' In signal de débit validé par rapport au niveau de base OU diminution inférieure à 50%/aspect de plateau inspiratoire associé à désaturation transcutanée d'au moins 3% et/ou à un micro-réveil - Index : IAH/h - Apnée obstructive : persistance des efforts respiratoires # apnée centrale : pas d'effort respiratoire - Apnée mixte : commence en apnée centrale mais se finit en apnée obstructive ○ Polygraphie ventilatoire : - Seulement paramètres respiratoires ○ Oxymétrie nocturne : - Enregistrement saturation O2 couplé à FC ○ Examens radiologiques ○ Analyse objective de la somnolence et de la vigilance :	

- TILE : 5 siestes, espacées de 2 heures => calcul du temps moyen mis pour s'endormir
- TIME : 4 tests de 40 min

Diagnosics cliniques

- Syndrome d'apnées du sommeil de type obstructif SAOS
 - Somnolence diurne excessive **OU** 2 symptômes cliniques évocateurs (ronflements sévères quotidiens, sensations d'étouffement/suffocation pendant le sommeil, sommeil non réparateur, fatigue diurne, difficultés de concentration, nycturie)
 - **ET** IAH ou éveils en rapport avec de efforts respiratoires sup ou égal à 5/h de sommeil (léger<15, modéré<30, sévère au delà)
 - Facteur prédictif positif le + puissant : obésité
 - Sinon : anomalies morphologiques oropharyngées, sexe masculin, âge
- SAS central
 - Lié soit à dysfonctionnement des centres respiratoires, soit à instabilité du contrôle respiratoire (respiration de Cheyne Stokes visible de façon physiologique ou en altitude ; si IC, AVC, troubles métaboliques)
- Overlap syndrome
 - Associe SAOS et BPCO
- On peut retrouver SAS en cas d'hypothyroïdie ou d'acromégalie
- Autres troubles respiratoires pouvant survenir au cours du sommeil :
 - Asthme
 - Spasmes laryngés
 - Syndrome obésité-ventilation
 - IR s'aggravant au cours du sommeil

Sémiologie des affections de la plèvre et de la paroi thoracique	
Cavité pleurale - Caractéristiques	
	- Contient qq mL de liquide pauvre en protides (<30 g/l) et peu cellulaire (majoritairement des cellules mésothéliales desquamant) - Pression intra-pleurale : -5/-8 cm/H2O
Atteinte pleurale	
○ 3 symptômes évoquant atteinte pleurale :	- Douleur thoracique - Dyspnée - Toux sèche
○ 4 principales caractéristiques de la douleur d'origine pleurale :	- Latérale - Unilatérale - Irradiant à l'épaule ou l'abdomen - Déclenchée par le changement de position et l'inspiration profonde
Epanchement pleural liquidien	
○ 4 caractéristiques principales :	- Hémithorax ; diminution de l'expansion thoracique à l'inspection - Abolition/diminution des vibrations vocales - Matité décline - Abolition/diminution du murmure vésiculaire
○ Souffle pleurétique :	- Audible quand épanchement liquidien de grande abondance - Timbre doux, humé, lointain - intensité maximale à l'expiration - Disparaissant en apnée
○ Frottement pleural :	- En cas d'épanchement liquidien de faible abondance - Timbre sec rugueux, superficiel - Aux 2 temps respiratoires ou seulement inspiration - Disparaissant en apnée
○ Incidences radiologiques :	- Debout ou assis - Inspiration profonde - De face si cliniquement abondant - De face et de profil si cliniquement de moyenne abondance - Décubitus latéral de face ou du côté de l'épanchement si doute ou si faible abondance
○ Caractéristiques sémiologiques radiologiques :	- Opacité - Dense - Homogène - Non systématisée - Décline - A limite se confondant en dedans avec le médiastin - A limite sup floue concave de bas en haut de dehors en dedans (ligne de Damoiseau) - Autres aspects : hémithorax opaque refoulant la trachée, simple émoussement d'un cul de sac pleural, pseudo-ascension d'une coupole diaphragmatique
○ Aspects macroscopiques :	- Jaune citrin : épanchement à liquide clair - Trouble et puriforme : épanchement purulent - Hémorragique ou sérohémodorragique

- Lactescent : épanchement chyliforme
- Hématies < 10 000/mm³ dans transsudats - Cellules <500 = transsudats ; > 1000 = liquides inflammatoires - Formule cellulaire normale : 75% macrophages, 23% lymphocytes, <1% PNN éosinophiles, <2% de cellules mésothéliales → Prédominance lymphocytaire >50-70% → Prédominances des PNN >50-70% → Prédominant éosinophiles >15-20% → Panaché = sans prédominance d'un type cellulaire - Epanchement pleural purulent : aspect macroscopique purulent et/ou présence d'un germe et de polynucléaires
Epanchement pleural aérique
○ 4 principales caractéristiques : - Hémithorax légèrement distendu et immobile - Diminution/abolition des vibrations locales - Tympanisme - Diminution/abolition du murmure vésiculaire - Parfois perception de bruits amphoro-métalliques
○ Incidences radiologiques : - De face - Debout - Inspiration si cliniquement évident - Expiration forcée si incomplet
○ Aspects sémiologiques radiologiques : - Décollement complet du poumon qui est rétracté sur le hile (hyperclarté dépourvue de parenchyme pulmonaire) - Décollement de qq cm mieux vue en expiration forcée
○ Mécanismes physiopathologiques : - Brèche pleuropulmonaire (communication avec voies aériennes => collapsus alvéolaire) - Brèche pleuropulmonaire secondaire (communication avec cavité pleurale aérique) - Mise en communication directe de l'air atmosphérique
Tolérance d'un épanchement pleural
- Polypnée, tirage - Tachycardien chute tensionnelle - Cyanose des extrémités - Connaissance d'une pathologie pulmonaire ou cardiovasculaire sous-jacente
Eléments radiologiques : - Refoulement du médiastin - Pneumothorax controlatéral, bride sous tension, hydropneumothorax
Epanchement hydro-aérique
- Aspect sémiologique radiologique : - Epanchement pleural liquidien à niveau supérieur strictement horizontal et surmonté d'une clarté gazeuse