

Sémiologie

INTRODUCTION

2 **Historique de la sémiologie**

- Grand tournant de la médecine avec la naissance de la sémiologie (catégorisation des maladies).
- Celse (1er siècle av. JC) définit 3 classes de pathologies:
 - Les maladies guéries par simple régime
 - Celles guéries par des médicaments
 - Celles guéries par actions chirurgicales
- Chaque type de pathologie correspond alors avec une spécialisation dans la profession médicale.

3 **Définition**

L'apprentissage de la sémiologie est la 1^{ère} étape et l'une des plus importantes de l'exercice médical

4 **Définition suite 1**

Étude des symptômes et des signes des maladies:

- Symptôme: Le symptôme est un signe présent au niveau de l'organisme en réponse à une maladie. Une maladie est en général responsable de plusieurs symptômes, qui peuvent être identiques d'une pathologie à l'autre, d'où l'intérêt de recouper tous les symptômes

On distingue généralement le symptôme du signe clinique, le symptôme étant subjectif, décrit par le patient alors que le signe clinique est objectif, constaté par le médecin.

Intérêt

- Le but de la sémiologie est d'apprendre au futur médecin les différents signes ou symptômes que peut présenter un malade et à traduire ces signes en langage médical ce qui sous-entend la nécessité de l'acquisition d'un vocabulaire précis.

Objectifs de la sémiologie générale

1: Communiquer avec le patient.

2: Réaliser une observation médicale.

3: Savoir interroger un patient sur sa symptomatologie (ex: douloureuse).

4: Analyser au lit du malade les éléments de la fiche de soins.

5: Connaître les démarches de base de l'examen physique.

6: Avoir réalisé certains examens.

7: Connaître les principes et avoir assisté à certaines techniques.

- Les différents signes à analyser peuvent être classés en trois catégories : les signes fonctionnels, les signes généraux et les signes physiques :

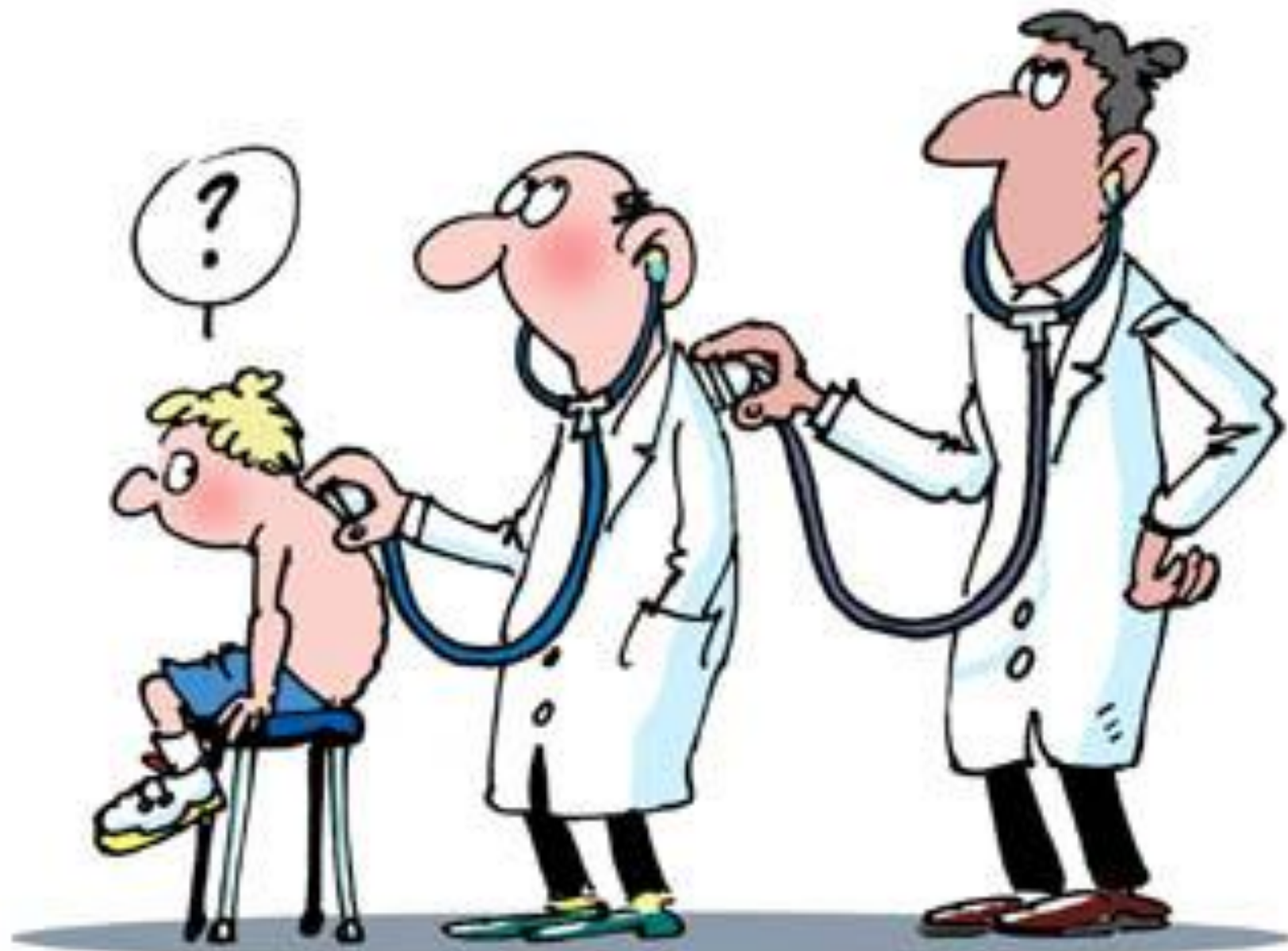
- Les signes fonctionnels : sont recueillis par l'interrogatoire du malade, leur analyse est souvent difficile car elle dépend de la personnalité du malade mais aussi des qualités d'écoute du médecin.

Leur analyse soigneuse est fondamentale, elle doit toujours être le préalable de l'examen clinique du malade qu'elle permettra de guider.

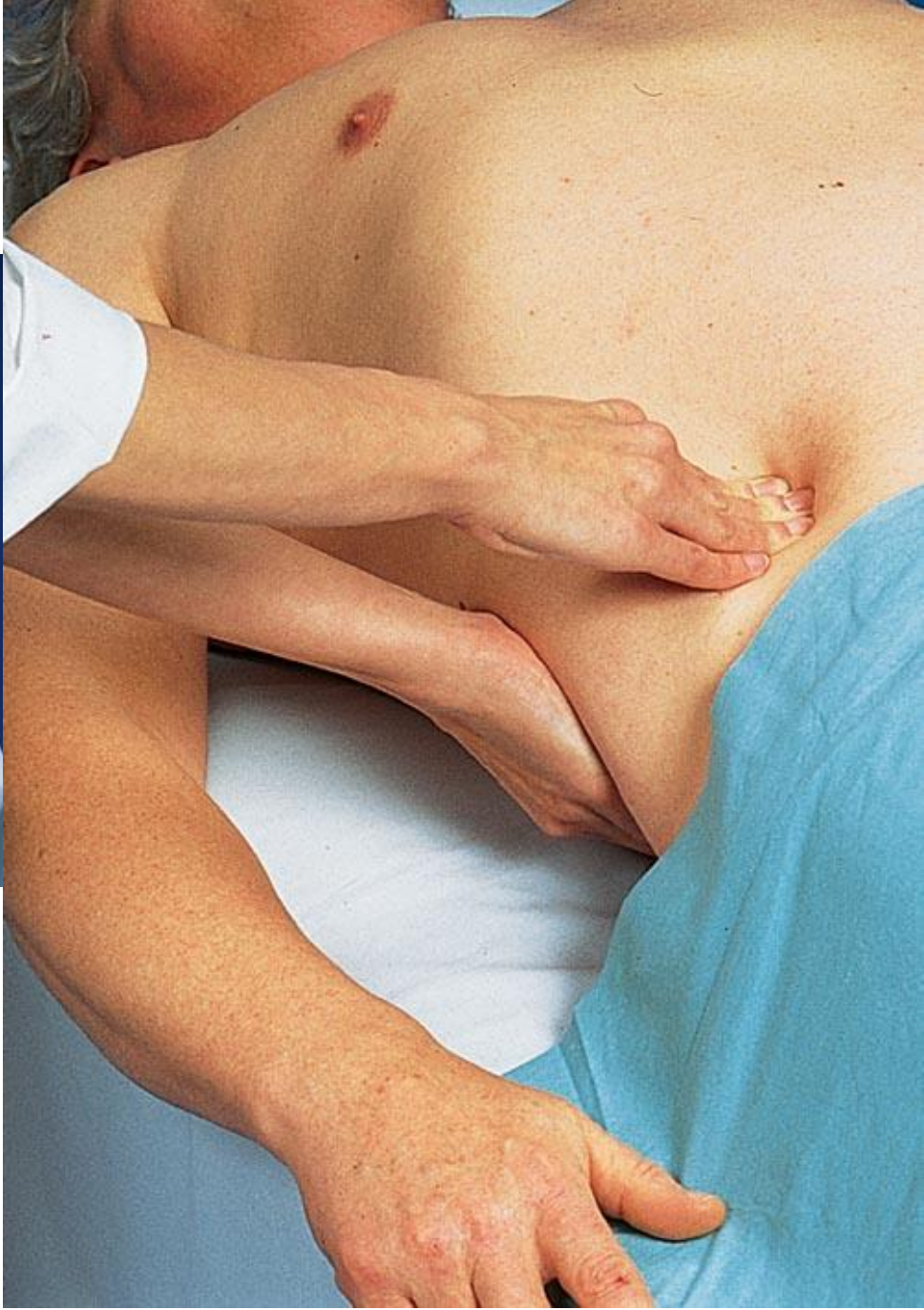
- Les signes généraux : sont mesurés de manière précise en unités de mesure : le poids (kilogramme), la taille (centimètre), la température (degré centigrade), la diurèse (litre), la pression artérielle (centimètre de mercure).
- Ils constituent également des éléments de surveillance objectifs qui peuvent être recueillis par l'infirmier.

- Les signes physiques : sont découverts et appréciés de manière objective par le médecin grâce à ses organes des sens : la vue, le toucher et l'ouïe; ils sont analysés lors des différents temps de l'examen clinique : l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation; ils réclament de la part de l'étudiant l'acquisition d'un savoir-faire précis.





ASTER







I. Anamnèse

- Les données de l'anamnèse vont être recueillies par l'interrogatoire du malade qui est le préambule de toute observation clinique.
- Un interrogatoire bien conduit apportera une aide précieuse au médecin, il l'aidera à diriger et à interpréter son examen clinique et il lui permettra de choisir les éventuelles investigations complémentaires utiles au diagnostic.
- Pour qu'un interrogatoire soit fructueux il faut que certaines conditions soient remplies.

- la nécessité impérieuse d'établir une bonne relation médecin malade

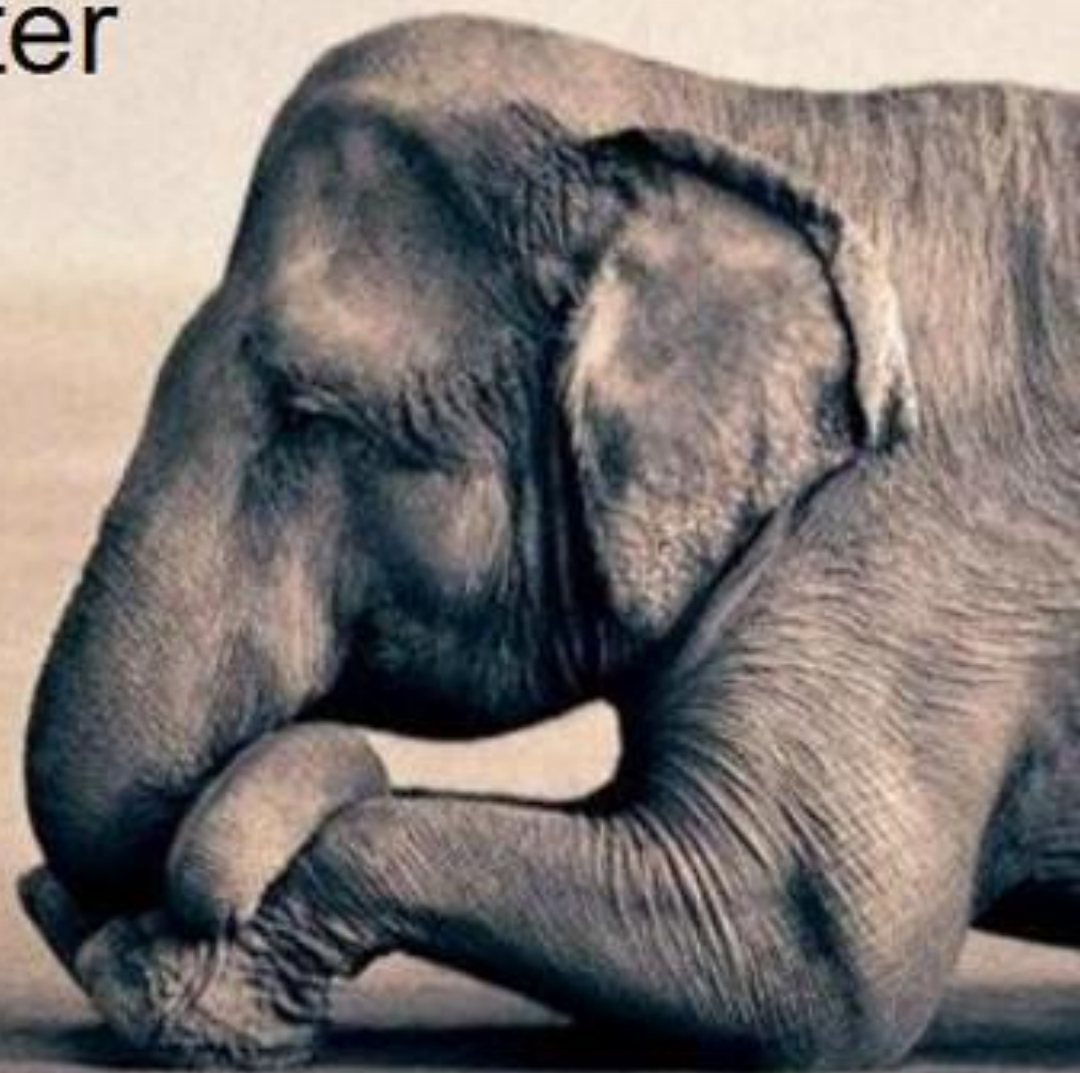






- La deuxième règle consiste en une écoute attentive du malade

"Savoir écouter
est un art"



Epictète

- La troisième règle est de toujours suivre le même schéma-type d'interrogatoire qui avec le temps doit devenir automatique,

L'interrogatoire sera mené de la
manière suivante

I. LES DONNÉES DE L'ÉTAT CIVIL

- Nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, situation de famille, profession actuelle.
- Il est à noter que ces renseignements peuvent être recueillis au préalable par un secrétaire ou un infirmier.

II. LE MOTIF D'HOSPITALISATION OU DE CONSULTATION

- Il s'agit en fait de faire préciser au malade le symptôme ou les symptômes majeurs qui l'ont amené à consulter.
- A ce stade il est également important lorsqu'il s'agit d'un malade hospitalisé ou vu dans une consultation spécialisée de faire préciser le nom du médecin traitant habituel ; ce qui permettra d'établir ultérieurement des relations entre ce dernier et le service hospitalier.

IV. LES ANTÉCÉDENTS

- La recherche des antécédents a pour but de connaître l'histoire du malade et de son entourage antérieure à la maladie actuelle; ainsi le médecin devra rechercher les antécédents physiologiques et pathologiques du malade et ses antécédents familiaux.

Les antécédents personnels

Antécédents physiologiques :

1. *Les vaccinations :*

2. *Les épisodes de la vie génitale*

— *La ménarchie .*

— *Le cycle mensuel.*

— Le nombre de grossesses, le nombre d'avortements, l'âge du premier enfant et l'âge du dernier enfant.

— *La ménopause.*

Antécédents pathologiques : ils doivent comporter la récapitulation de toutes les maladies, interventions chirurgicales et blessures antérieures.

On devra faire préciser si ces différents événements ont entraîné une hospitalisation, son lieu et sa date, afin de pouvoir éventuellement consulter le dossier.

2. Les antécédents familiaux

Il s'agit de passer en revue l'état de santé de la famille.

On recherchera systématiquement l'existence dans la famille de certaines maladies : diabète sucré, hypertension artérielle, cancer, certaines maladies sanguines (hémophilie, anémie hémolytique), l'obésité, les manifestations allergiques (asthme, urticaire); l'épilepsie, les affections coronariennes et les maladies mentales.

V. LES CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Elles sont importantes à connaître car elles conditionnent en grande partie les habitudes de vie, notamment l'alimentation, et aussi parce qu'elles peuvent être un facteur déclenchant ou aggravant de certaines maladies.

Le mode d'habitation rural ou urbain ,le mode d'alimentation en eau ...

VI. LES HABITUDES DE VIE

1. Le régime alimentaire: En précisant en particulier la fréquence de l'apport protidique (viande - oeuf- poisson); la prise de légumes verts et de fruits.

2. La notion de prise d'alcool, de café, de thé et de tabac en précisant la quantité. La notion d'ingestion médicamenteuse, en particulier les sédatifs et les laxatifs.





VII. L'HISTOIRE PROFESSIONNELLE

Cette dernière comporte la revue de tous les métiers exercés dans le passé, la recherche de la notion d'exposition à certains agents notamment poussières chez les mineurs, plomb chez les peintres.

III. L'HISTOIRE DE LA MALADIE

1. La date d'apparition

2. La nature du symptôme

exemple de motif de consultation la douleur, il faut faire préciser au malade le type de cette douleur : torsion, brûlure, déchirure...

3. Le mode de début

Qui peut être brutal ou progressif.

4. Les facteurs déclenchant

Des troubles affectifs, l'activité physique, les repas, la prise de certains médicaments.

5. Les facteurs sédatifs

Le repos, les repas, la prise de certains médicaments.

6. La localisation

7. L'évolution dans le temps

8. Recherche de symptômes associés

En précisant leur chronologie par rapport au symptôme majeur.

9. Recherche de symptômes intéressant d'autres appareils

En effet, un malade peut présenter plusieurs problèmes mais souvent la maladie actuelle a tendance à lui faire oublier ses autres ennuis qui sont d'autant plus nombreux que le malade est plus âgé.

Au terme de cet interrogatoire le médecin a fait pleinement connaissance avec son malade; il peut seulement alors passer à la deuxième étape, l'examen clinique qui nécessitera un minimum de matériel que tout médecin doit posséder et avoir toujours à sa disposition : **un stéthoscope, un tensiomètre, un mètre-ruban, une lampe de poche, un marteau à réflexe, une aiguille et un morceau de coton hydrophile.**

