

Sémiologie partie 02

Sémiologie de l'appareil cardio-vasculaire

La circulation sanguine cardiaque: petite circulation : Organes → veines caves → OD → VD → artères pulmonaires → poumons grande circulation : Poumons → veines pulm → OG → VG → aorte → organes

Les Artères coronaires: Lorsqu'elles sont saines fournissent suffisamment en oxygène pour répondre aux besoins de cœur, et si ces artères sont obstrués il résulte une réduction de l'apport en oxygène du cœur

Les principaux signes cliniques observés: La dyspnée: un trouble de la respiration accompagnant les affections cardiaques et respiratoires. On distingue : Orthopnée (dyspnée qui survient en décubitus), Bradypnée (inspiration lente), tachypnée (accélération très importante de rythme de la respiration), Polypnée (respiration rapide et superficielle) Douleurs thoraciques : une sensation douloureuse intéressant l'ensemble du thorax, aiguë ou chronique.

Palpitations : sensations de battements cardiaques rapides ou irrégulières. Due à des causes physiologiques Ou pathologiques . pâleur: perte de la coloration de la peau, et des muqueuses qui prend une teinte blanche grise, peut être causé par une pathologie, un choc émotionnel, ou un stress... soit une chute des globules rouges, Ou une vasoconstriction des petits vaisseaux

Syncope : perte de la connaissance brusque et passagère liée à une baisse débit sanguin cérébral, se manifeste par une perte totale de la conscience avec une chute sur le sol, la durée est courte

Lipothymie : état de malaise, sans perte de connaissance, précédé par des troubles visuels, bourdonnement d'oreille, sueurs, pâleur, nausées, faiblesse musculaire. Observé chez le sexe féminin, déclenché par des émotions et la contrariété, la peur, ou la prise de sang.

Troubles de rythme : toute anomalie de la fréquence ou régularité du rythme cardiaque,

CÉdèmes : infiltration séreuse (liquide séreux) de

divers tissus, surtout cutané et muqueux

Cardiomégalie: une augmentation du volume cardiaque sur le TLT et l'échographie Les

moyens d'explorations fonctionnels : TLT :

recherche un œdème pulmonaire ou un épanchement pleural, Elle donne une bonne estimation de la taille du cœur et des cavités cardiaques. ECG :

Correspond à un enregistrement de l'activité électrique du cœur nécessaires à ses contractions

l'échographie cardiaque: visualisation des structures cardiaques et fonctionnement du cœur

Cathétérisme cardiaque : permet d'opacifier les vaisseaux on injectant un P.C iodé «angiographie» pour voir surtout les artères et d'effectuer des traitements Pathologie :

Infarctus de myocarde : nécrose ischémique d'une partie du myocarde à la suite d'une thrombose d'une artère coronaire Causes et

mécanismes: l'occlusion complète d'une artère coronaire par un thrombus formé à la surface d'une plaque d'athérome rompue (l'ischémie myocardique), irréversible en absence de traitement Diagnostic:

Signes cliniques: douleur thoracique irradiant, avec des modifications électriques. Biologie :

augmentation de troponine Traitement : déboucher au plus vite l'artère atteinte (thrombolyse), angioplastie (désobstruer l'artère occluse par un ballonnet dans un délai < 30 min)

Embolie pulmonaire : migration soudaine d'un caillot de sang dans une artère pulmonaire, entraînant un arrêt de la vascularisation du tissu en aval, dans la majorité des cas le caillot provient des veines des membres inférieures Causes : immobilisation, la pilule, les anomalies de la coagulation Signes et symptômes : douleur thoracique type point de côté, avec irradiation vers l'épaule et le dos, polypnée, une angoisse.

Examens complémentaires: Gazométrie

artérielle : hypoxie et hypocapnie Biologie: D dimères positif TLT : Normal (30%),

Atélectasie en bandes, Grosse artère pulmonaire
, Opacité triangulaire à base pleurale ,zone
dévascularisé, Epanchement pleural minime

Angiographie : examen de référence

Scintigraphie: voir le degré d'amputation pulm

Angioscanner : visualiser le thrombus dans l'artère
pulmonaire

**Exploration des veines
des membres inférieures par échographie :**
examen nécessaire pour voir le thrombus au niveau
des membres inférieures

Traitement
: Hospitalisation en unité de soins intensifs , Anti
coagulant , Oxygénothérapie si embolie pulmonaire
mal toléré , recours à la thrombolyse ou l'ablation
par la chirurgie

Arrêt cardio-circulatoire : l'interruption brutale de
la ventilation et de la circulation, C'est un état de
mort apparent confirmé par l'abolition des pouls
fémoraux et carotidiens. urgence absolue ou
chaque seconde est importante **Causes :** l'arrêt
survient après un infarctus, insuffisance respiratoire
aigue, asthm,.....

Signes cliniques:
Absence de connaissance Absence de réactivité,
Absence de pouls carotidien, Absence de
ventilation, Pupilles en mydriase (dilatation des
pupilles)

Traitement :
état d'alerte : prévenir les médecins et de
demander de l'aide. _____ -
débuter le massage cardiaque externe _____ -
libérer les voies aériennes et débuter la ventilation
par un ballonnet riche en oxygène _- si troubles de
rythme utiliser le défibrillateur _____ **Pronostic :**
après 30 minutes d'anoxie, les dégâts cérébraux
sont irréversibles.

Sémiologie en Neurologie :

système nerveux périphérique : Nerfs crâniens,
Nerfs rachidiens Qui sont Issue de la moelle
épineuse **système nerveux**

central : **cerveau:** Analyse des
stimulations Sensorielles, Mouvements volontaires
tronc cérébral: (mésencéphale , le pont , et la bulbe
) . Rôle : Respiration, Circulation **cervelet:**

Coordination des mouvements, Equilibre et position
du corps **moelle épinière:** Distribuer les
nerfs entre le cerveau et les différentes parties Du

corps **Enveloppe méningée :** Le SNC est enveloppé
par les méninges, de dehors en dedans :

Dure-mère: accolée à la surface interne de la cavité
crânienne **Arachnoïde:** en dessous

de la dure-mère Espace sous-arachnoïdien: où
circule le LCR(liquide céphalo rachidien)

Pie-mère: au contact des structures cérébrales **Les**
lobes cérébraux : Lobe frontal, pariétal, occipital,
temporal, Lobe de l'insula **Les**

examens para-cliniques : **Le scanner**
cérébral : **Principes:** Analyse de

la densité des tissus traversés par les rayons X,
Injection de PCI pour visualiser les vaisseaux ou des
anomalies **Indications en urgence:** AVC (ischémie
ou Hémorragie), Traumatisme crânien (hématome),
Infections (méningite, abcès). **Contre-indications à**

P.C.I : **Absolues:** grossesse, insuffisance
rénale sévère, myélome **Relatives:**
allergie à l'iode, insuffisance Rénale modérée,
diabète, sujet âgé **Angio-scanner**

cervical et intracrânien : visualise les artères
cérébrales et les troncs supra-aortiques

L'imagerie par résonance magnétique: Meilleure
sensibilité que le scanner au niveau cérébral et
médullaire **Contre-indications**

formelles : Clips ferromagnétiques
neurochirurgicaux, Corps étrangers intraoculaires,
Pacemaker **EEG :** Enregistre l'activité

cérébrale Par des électrodes placés à la surface du
scalp, **Indications:** l'épilepsie, Pathologies du
sommeil, Diagnostic de la mort cérébrale **L'analyse**
du liquide céphalo-rachidien : Indications:

Pathologies infectieuses: méningites, Hémorragies
méningées, Pathologies inflammatoires

Contre-indications: Troubles de la coagulation,
Suspicion ou présence d'HTIC, engagement cérébral
mortal. **L'artériographie cérébrale :** Visualise
les vaisseaux cervicaux et encéphaliques grâce à

ventricules (résorption)

Traitements et soins infirmiers : Dérivation ventriculaire externe, Dérivation ventriculo péritonéale

Exploration des tumeurs cérébrales, démences, céphalées

Exploration des tumeurs cérébrales : l'ensemble des tumeurs se développant dans le parenchyme cérébral. Peuvent être bénignes ou malignes, primitives (3% des cancers) ou secondaires (métastases)

classification des TC primitives : **le glioblastome** plus fréquentes et plus agressives, hautement malignes. **Les méningiomes**

(méninges) femme ++ **le médulloblastome**

touche la moelle épinière enfant +++

les adénomes hypophysaires hypophyse **les schwannomes** (cellules de Schwann) **le**

lymphome cérébral primitif (lymphocytes cancéreux) les immunodéprimés +++ et avec l'âge

les tumeurs secondaires (malignes) : 20% des cancers, Les cancers du poumon et du sein sont à l'origine de plus de la moitié des métastases cérébrales, loin devant les cancers du rein, de l'appareil digestif et des mélanomes. **Sémiologie:** polymorphe selon le type de tumeur et sa localisation : **Clinique liée à HTIC,**

d'une hydrocéphalie, il est caractérisé par l'association de : céphalées, nausées, vomissements, troubles visuels. **Crises comitiales (1/3)**

Déficit neurologique : troubles de l'équilibre, amnésie, confusion, hémiparésie, troubles du comportement, **Diagnostic:**

Examen neurologique, Scanner cérébral injecté, IRM, Biopsie cérébrale, En cas de métastase, recherche du foyer primitif... **Traitements:** Exérèse chirurgicale: permet de soulager immédiatement les symptômes de l'HTIC, Chimiothérapie, Radiothérapie, Traitement de l'HTIC

imagerie utilisé: IRM sans

et avec PDC : localiser le processus expansif, préciser ses caractéristiques, diagnostiquer certaines complications évolutives de la tumeur

(hémorragie, hydrocéphalie), définir la suite de la stratégie diagnostique (biopsie, exérèse).

Le scanner sans et avec PDC : excellente sensibilité pour détecter un méningiome. Le méningiome est fréquemment calcifié.

Exploration des démences : affaiblissement ou perte de plusieurs fonctions intellectuelles (cognitives) entraînant une perte d'autonomie et des troubles comportementaux. **étiologie:**

due à des lésions du cerveau, leur caractère irréversible. **Diagnostic:**

trouble de la mémoire, trouble intellectuel, perte d'autonomie sociale **Moyens du diagnostic:**

interrogatoire de l'entourage : souvent décisif, et parfois suffisant. Il précisera : **le mode**

d'installation: très généralement progressif .

Le type des troubles et particulièrement leur retentissement dans la vie quotidienne. **Examen**

neuropsychologique : indispensable, MiniMental State, examen neuropsychologique

imagerie utilisé: Une imagerie cérébrale systématique est dans le but de ne pas méconnaître l'existence d'une autre cause de démence. C'est un IRM, ou TDM sans injection

Exploration des céphalées : **céphalées,** ou douleurs crâniennes, est l'un des symptômes les plus fréquents en médecine. la majorité sont primaires et bénignes, elles peuvent être parfois un signe d'appel pour une lésion cérébrale spécifique

Les céphalées chroniques: présentes pendant plusieurs années ou mois **Céphalée**

migraineuse: la plus fréquente. Son étiologie est encore mal connue et sa physiopathologie est complexe **Céphalée de tension:** Au moins 2

critères parmi les 4 suivants: Douleur à type de pression pesanteur, Intensité légère à modérée, Topographie bilatérale souvent postérieure, Pas d'aggravation par la marche **Les**

céphalées aiguës : quelques heures ou jours

Céphalée du syndrome méningé: l'ensemble des symptômes et signes cliniques traduisant une souffrance des espaces méningés. **Symptômes :**

céphalée intense, diffuse, parfois associée à des rachialgies, Vomissements, Photophobie

Examens complémentaires : La ponction lombaire souvent réalisée après TDM cérébral

Céphalée du syndrome de l'HTIC : Symptômes :

Céphalées, Vomissements, Troubles visuels

Signes cliniques: œdème papillaire tardif, Troubles de vigilance engagement temporal, lésion causale (signes déficitaires, crises d'épilepsie)

Examens complémentaires : Le scanner ou L'IRM montre la lésion causale et ses conséquences : effet de masse Il s'agit parfois d'une hydrocéphalie aiguë

imagerie utilisé: dépend de la pathologie suspectée. La TDM cérébral est recommandée Lorsqu'une hémorragie sous-arachnoïdienne suspectée, la démarche diagnostique comprend une TDM suivi d'une PL ou d'un angio-scanner selon le délai depuis le début des douleurs

Sémiologie de l'appareil Génito-urinaire

Exploration du rein : Sécrétion

des urines : se fait par le Néphron Unité fonctionnelle élémentaire du rein.

Chaque néphron est constitué de deux segments (Le glomérule, Le tube urinifère) **la production**

des urines: se fait en 3 étapes filtration glomérulaire , réabsorption tubulaire , La sécrétion tubulaire **Physiologie :**

Les principales fonctions du rein: élaboration de l'urine à partir du sang, la sécrétion d'érythropoïétine et de rénine, transformation de la vitamine D en D active, maintien de la balance hydro-électrolytique et acido-basique

Les examens de la fonction rénale : dosage de certaines substances dans le sang et l'urine (créatinine, urée, protéine,.....).

La morphologie rénale : UIV, échographie, TDM, IRM, scintigraphie,

La ponction biopsie rénale : confirmer le diagnostic de certaines maladies du parenchyme rénal.

Pathologie : mal rotation rénale, rein unique , rein en fer à cheval , duplicité.... **malformations :**

lithiase : calcul rénal

infections : pyélonéphrite aiguë, abcès

tumorale: tumeurs bénignes ou malignes **vasculaire** : thrombose, sténoses **Cancer du**

rein : tumeur maligne primitive du rein Relativement rare (2 à 3% des cancers)

Facteurs de risque : Tabac, HTA, Obésité, Exposition à l'amiante, métaux lourds, **Sémiologie :** 40% asymptomatique

Céphalées, HTA, Fièvre inexplicée, Syndrome paranéoplasique, Hématurie, Douleur lombaire, Masse lombaire plus tardive **Examens :**

Bilan d'extension

Échographie rénale: masse solide

Scanner abdominal : élément clé du diagnostic

IRM abdominale : l'extension du cancer et la présence ou non d'un thrombus

Traitements : cancer localisé (Néphrectomie) avancé avec métastases (Néphrectomie, Chimiothérapie, Immunothérapie)

l'appareil urinaire et voie excrétrice : Examens

radiologiques : **ASP:** voir des Calculs radio opaque **Echographie :** voir Calculs rénaux, dilatation des cavités pyélo-calicielles , Calculs de l'uretère distal

TDMs sans injection : Tous les calculs sont vus

UIV: morphologie de la voie excrétrice, localisation du calcul ou tout autre élément guidant le choix thérapeutique . **Uroscanner :** voir la

localisation de l'obstacle, et la forme des cavités pyélo-calicielles **Colique néphrétique :** douleur aiguë en rapport avec une distension aiguë du haut appareil urinaire due à un obstacle (lithiase, caillot , compression) **signes cliniques :**

une douleur typique : lombaire, unilatérale, irradiant de haut en bas et vers la fosse iliaque et les organes génitaux externes, avec une évolution en crises **Examens :** Echo rénovésicale, ASP (montre des calculs, dilatation des voies excrétrices)

Traitement : Antalgiques avec restriction hydrique au moments des douleurs. Si compliquée : drainage en urgence + antibiotiques en IV.

Exploration de la prostate :

glande génitale masculine sécrétant le liquide spermique. elle à deux fonctions constitution du

sperme, participe à le bon fonctionnement de l'éjaculation.

Le

cancer de la prostate : Définition : cancer

hormono-dépendant touchant la prostate :

Adénocarcinome dans 95% des cas, le 2^{ème} cancer chez l'homme, avec une Évolution lente (10 ans), 1/3 de décès.

Facteurs favorisants : Age (> 50 ans), familial

Sémiologie : Stade local :

aucun symptôme Découverte fortuite grâce au dépistage individuel systématique à partir de 50 ans: PSA + TR tous les ans. TR = nodule dur, PSA augmenté (hormone spécifique de la prostate)

Stade évolué : envahissement ganglionnaire, métastases

Suivant l'atteinte : Locorégionale :

dysurie, hématurie, IR, douleurs, envahissement du rectum+retrorragie Ganglionnaire :

lymphoedème... métastatique : (douleurs os, foie, poumons)

Examens : TR, Dosage du PSA (augmente en cas de cancer, traumatisme, infection...)

Echographie prostatique (permet étude de l'écho-structure de la prostate), Bilan d'extension (échographie endo-rectale, IRM), TLT, échographie hépatique, scanner cérébral. Traitement :

cancer localisé : Prostatectomie, curiethérapie Radiothérapie. cancer

avancé : Idem, hormonothérapie

Appareil Génital Féminin : _____ Comprend : Les organes génitaux internes (ovaires, trompes, utérus, et vagin) et externe (vulve et glandes mammaires)

Les masses pelviennes : _____ moyens

d'imagerie : TDM, Echographie sus- pubienne et endovaginale (1^{er} intention si suspicion d'une masse pelvienne), IRM pelvienne

fibromes utérins : tumeurs bénignes de l'utérus; Fréquents après 30 ans; l'examen clé échographie Asymptomatiques 50 %.

Circonstances de découverte: _____ Ménorragie : règles plus longues et plus abondantes.

Métrorragies : saignements en dehors des règles.

Dysménorrhée : règles douloureuses, fibrome du col. Pesanteur

pelvienne/tuméfaction pelvienne Complications :

Hémorragiques : conduisant à l'anémie.

Mécaniques : compression : vessie (rétention des urines), uretères (colique néphrétique, pyélonéphrite), rectum (faux besoin), veine (thrombose), nerf sciatique ou obturateur.

Transformation maligne en fibrosarcome : Stérilité et fausse couche spontanée répétée, Hémorragie de délivrance et en accouchement

Diagnostic : échographie (examen clé), IRM, hystéro-scopie. Principes

thérapeutiques : Fibromes

asymptomatiques : surveillance Traitement

médical : hormonal (progestatif) Traitement

chirurgical : Conservateur quand la patiente souhaite préserver sa fertilité, Radical :

hystérectomie dans les autres cas idéalement (voie vaginale). Cancer de l'endomètre :

le cancer gynécologique le plus fréquent, Il survient surtout après la ménopause Il atteint le corps utérin. pour la femme âgée, Le maitre symptôme est la métrorragie dans 90 à 95% des cas, Leucorrhée

Echographie par voie abdominale et vaginale : muqueuse épaisse avec un bourgeon tumoral irrégulier. permet de donner une idée sur la pénétration myométriale et recherche une atteinte des ovaires

Traitement: L'hystérectomie totale, annexectomie bilatérale, radiothérapie pelvienne, Curiothérapie vaginale, chimiothérapie selon stade et grade.

Cancer de l'utérus : maladie qui se développe sur la muqueuse du col de l'utérus causes :

cause principale est infection persistante par un virus qui se transmet par voie sexuelle HPV Ce virus peut provoquer des modifications de l'épithélium.

Traitement : chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, chimiothérapie. Les

malformations utérines : _____ Circonstances de découverte : _____

Adulte: bilan d'infertilité ou découverte fortuite _____ Age pédiatrique : dépistage anténatal, masse pelvienne, ambiguïté sexuelle, dysménorrhée, douleur pelvienne. Moyens

diagnostiques : Echographie, IRM cause : altération du développement normal de l'utérus et peuvent être source d'échecs de nidation et fausses-couches répété

EXPLORATION DU SEIN :

Radiologiquement : le sein à une composante adipeuse radio-transparente et une composante fibro-glandulaire radio-opaque

d'écho-structure :

Jeune fille:

fibroglandulaire peu développé

jeune femme: hyper-échogène, fibroglandulaire

femme âgée: hypo-échogène, grasseux, parfois fibreux

Examen clinique:

Interrogatoire: risque de cancer de sein :

Antécédents personnels de maladies bénignes cancer, prise d'hormones (TSH), Absence d'allaitement, nulliparité, Antécédents familiaux de cancer (sein, colon, ovaire), Irradiation thoracique, Alimentation riche en graisse, **Palpation :**

Consistance globale sein (souple, fibreux, granuleux, homogène), Nodule (taille, consistance/ une nodule est un cancer jusqu'à preuve histologique de contraire), écoulement mamélonnaire, Aires ganglionnaires

méthodes de palpation : Circulaire, Quadrant par quadrant, Par bandes (va et vient), Palpation des aires ganglionnaires: sus claviculaire et axillaire

Exploration radiologique du sein : Echographie :

DD, main derrière la tête (bilatéral, comparatif), Léger DL (quadrants externe), Mobilisation en décubitus homolatéral (quadrants interne), Position assise (quadrants supérieurs)

Indication : jeune femme inférieure, femme enceinte, douleur mammaire, exploration d'une masse, complément d'une mammographie

Mammographie : images de l'intérieur du sein à l'aide de RX et détecter d'éventuelles anomalies.

Elle peut être réalisée soit dans le cadre d'un dépistage, soit en présence de symptômes, en 1^{ère} partie de cycle, 20 min **Incidences:** bilatérale, comparative, confrontée aux clichés antérieurs, On pratique cliché de face et de ¾ axillaire

IRM: Doute échographique, mammographique Bilan d'extension du cancer du sein, Surveillance de la réponse thérapeutique après chimiothérapie, prothèses mammaires (lésion, rupture), en 2^{ème} partie du cycle, 6 mois après chirurgie et 12 après radiothérapie **Exploration des prothèses**

mammaires : une prothèse utilisée en chirurgie

plastique pour augmenter le volume d'un sein à visée esthétique ou reconstructrice. (enveloppe en silicone remplie de solution physiologique, enveloppe en silicone remplie de gel, Enveloppe en polypropylène.) **complications :** la "contracture capsulaire" (formation d'une capsule), rupture favorisée par un choc violent ou l'ancienneté de l'implant, l'implant sera extrait et remplacé chirurgicalement.

imagerie

utilisée : **suspicion d'une**

rupture: IRM ou échographie **dépistage du cancer:**

mammographie **Cas particulier:**

l'exploration mammographique d'une prothèse mammaire se fait grâce au manœuvre d'Eklund (dégager le sein de la prothèse).

Sémiologie endocrinienne

Sémiologie de la glande thyroïde : sécrète T3 et T4, réglée par une hormone hypophysaire (TSH), sous le contrôle de l'hormone hypothalamique (TRH).

Bases de l'exploration para

clinique : **Constantes plasmatiques :** T4, T3 libre, TSH **Echographie cervicale:** anatomie, volume et morphologie de thyroïde

Radio : TLT face

Scanner et IRM:

nodules plongeants, goitre compression trachéale ou œsophagienne

Scintigraphie

thyroïdienne à l'iode 123 ou technétium 99 : état fonctionnel de la glande thyroïde (hyperthyroïdie avérée), élimination de surcharge iodée 04 semaines avant, interdit en cas de grossesse et d'allaitement.

anomalies

morphologiques :

goitre :

augmentation de volume de thyroïde

Nodule : hypertrophie localisée de thyroïde **cancer** : tuméfaction très dure, avec signes de compression et d'adénopathie cervicales **Pathologies de**

la thyroïde : **hypothyroïdie :** Insuffisance de fonctionnement de thyroïde responsable d'une insuffisance de sécrétion des hormones thyroïdiennes, la plus fréquente.

Etiologies : Périphériques (atteinte de la glande thyroïde), Centrales (insuffisance hypothalamique ou hypophysaire) **Signes cliniques :**

fonctionnels : hypo-métabolisme (physique et

psychique) digestifs, cardiovasculaires
physiques : cutanées (**le myxoedème**), anomalies des phanères, Signes neuromusculaires (Crampes musculaires) **Signes para cliniques** :
hypothyroïdie périphérique: TSH élevé, T3 et T4 basse _____ **hypothyroïdie centrale** : TSH, T3 et T4 basse **L'échographie** : taille et morphologie de thyroïde, présence de nodule.
Scintigraphie : peu utilisé, nodule froid avec zone d'hypofixation **Hyperthyroïdie** : production excessive des hormones thyroïdiennes.
syndrome de thyrotoxicose : manifestations dues à un excès des hormones thyroïdiennes.
Etiologies: Maladie de Basedow, Adénome toxique, Goitre multi-nodulaire toxique, Hyperthyroïdie iatrogène (amiodarone) **Signes cliniques** : Tremblements des extrémités, Palpitations, tachycardie, Agitation, irritabilité et insomnie, Thermophobie (bouffées de chaleur), hypersudation, Polydipsie, Asthénie, Diarrhée
Signes généraux : Discrète hyperthermie, Amaigrissement avec appétit conservé. **maladie de Basedow** : maladie auto immune sur un terrain génétiquement prédisposé, peut associée: Goitre diffus, ophtalmopathie, dermatopathie
adénome toxique : tumeur thyroïdienne bénigne responsable de thyrotoxicose _____ **Examen clinique** : nodule thyroïdien **Scintigraphie** : nodule hyper fixant « chaud » **Signes para cliniques** :
Le bilan thyroïdien: T4,T3 élevée, TSH basse.
La présence d'auto-anticorps thyroïdien : affirmer la maladie de Basedow. **L'échographie** : morphologie de la thyroïde. **scintigraphie**: hyperfixation diffuse homogène

Sémiologie de diabète :

trouble du métabolisme glucidique caractérisé par une hyperglycémie chronique suite a une anomalie de sécrétion ou d'action de l'insuline. _____ **Signes cliniques**: hyperglycémie, hyper glycosurie (seuil rénal >à 1,8g/l), polyurie, polydipsie, polyphagie, acidose sanguine (douleurs abdominales, hausse de fréquence respiratoire), amaigrissement.

Classification : _____ **type I**

insulinodépendant : 5- 10% destruction des cellules béta entraînant une incapacité de production de

l'insuline par le pancréas donc augmentation de glycémie insulinopénie, jeune, Poids normal, polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement, asthénie **type II (non insulino dépendant)**: 90-95% sécrétion d'insuline normale, une incapacité de fonctionnement de l'insuline suite au surcharge pondérale. Maladie familiale, plus de 40ans, Obésité, Pas de signe clinique habituelle, insulinopénie relative.

Sémiologie des surrénales : _____ **Les hormones secrétés par les surrénales**: _____ **Le corticosurrénal** : minéralo-corticoïdes,

glucocorticoïdes, Cortisol, aldostérone

Médullosurrénale : adrénaline, noradrénaline

insuffisances surrénaliennes : diminution du fonctionnement des glandes corticosurrénales.

Causes et mécanismes : _____ **secondaire** : origine hypothalamique ou hypophysaire, corticothérapie prolongée

primitive : maladie d'Addison, atteinte des corticosurrénales (tuberculose, rétraction corticale auto-immune, métastases bilatérales)

Signes cliniques :asthénie profonde (physique et psychique), amaigrissement, déshydratation, troubles digestifs (anorexie), troubles de la pigmentation, Hypotension artérielle.

Biologie : diminution cortisol, ACTH élevée.

Traitement : remplacement des stéroïdes manquants, traitement de tuberculose

Hypercorticisme ou syndrome de cushing :

l'hypersécrétion non freinable du cortisol **Causes** :

Hypophysaire : sécrétion anormale ACTH par un adénome hypophysaire (cushing). **Sécrétion ectopique** d'ACTH par une tumeur maligne

(pulmonaire, pancréatique, ovaires). **surrénaliennes**

primitive: par tumeur bénigne (adénome),ou maligne (corticosurrénalome). **Signes cliniques** :

obésité facio-tronculaire, visage arrondi, Amaigrissement des membres, Peau mince, fragile, vergetures, Fragilité capillaires, Hypertension artérielle, troubles psychiques (anxiété, dépressif, agressivité)

Biologie : augmentation cortisol, ACTH origine surrénaliennes

bas, ACTH origine hypophysaire ou para

néoplasique élevé.

Traitement :

freiner la sécrétion cortisol par anticortisoliques, si adénome surrénalienne (surrénalectomie des tumeurs), si adénome hypophysaire (adénomectomie) si Tumeur ectopique (exerese chirurgicale, radiothérapie)

SEMILOGIE ET PATHOLOGIE EN ORL

Exploration naso-pharynx : _____ **signes d'appel :** _____ **directs :** Obstruction nasale, Rhinorrhée postérieur, Epistaxis postérieur **indirects :** hypoacousie, Otagié irradiée, Adénopathie **Exploration :** Rhinoscopie post ou naso-fibroscopie, Radio de profil, TDM, IRM **Pathologie :** **Hypertrophie des végétations adénoïdes:** **hypertrophie :** trouble de la respiration nasale **Infection :** adénoïdites avec complications **Traitement:** adénoïdectomie : curetage du tissu hypertrophié sous AG _____ **Tumeur de cavum:** _____ **Bénigne:** polype muqueux solitaire descendant dans les fosses nasales et le cavum ,fibrome **Traitement:** angiographie avec embolisation suivi d'exérèse chirurgicale _____ **malignes :** lymphome de cavum ,carcinomes **Traitement:** radiothérapie _____ **exploration des cavités naso sinusiennes :** **fosses nasales:** Fonction respiratoire, fonction de défense locale, contrôlé le débit aérien. **Pathologie:** Les ostia peuvent s'obstruer facilement par l'inflammation allergique ou le gonflement causé par un rhume. Le drainage normal du mucus sinusal est alors interrompu, et une sinusite peut apparaître _____ **Examen clinique:** inspecter, palper la pyramide nasale et le Visage, Rechercher de déformation, de point douloureux, regarder la façon de respirer **Les techniques d'examen:** Rhinoscopie antérieure, postérieure, Endoscopie des fosses nasales et du cavum. _____ **examen:** RX (F,P, blondeau ,hertz), TDM (fenêtres osseuses), IRM (tumeur, sinusites) **Sémiologie naso sinusienne:** signes spécifiques (Rhinorrhée, Obstruction nasale, Troubles de l'odorat), Signes non spécifique (Douleurs, tuméfactions, troubles visuels)

Exploration choléstéatome : _____ otite chronique avec présence d'épiderme pavimenteux dans l'oreille moyenne _____ **Clinique :** écoulement de l'oreille (otorrhée), ou perte unilatérale de l'audition _____ **Exploration :** autoscopie , Scanner , puis IRM **Complications:** Infectieuses locales (otorrhée), régionales (méningite, abcès de cerveau), Surdité, Vertiges, Paralyse faciale périphérique

Exploration d'une masse orbitaire :

Moyens d'exploration :

Écho: atraumatique, exploration limité de la paroi profonde de l'orbite _____ **TDM:** analyser les parois orbitaire. **IRM:** localise la lésion, ses rapports, recherche d'éventuelles anomalies encéphaliques

Traitement : chirurgical

Type de masses orbitaires :

Endocrinopathie : orbitopathie dysthyroïdienne : développée au dépend d'une structure normale, cause d'exophtalmie et de diplopie, cause : orbitopathie dysthroidienne ou maladie basedow

Mélanome choroidien: 80% des tumeurs

Echographie : masse écho-gène peu mobile

IRM: hypo-signal en T2, hyper-signal en T1

