

# Auscultation pulmonaire appliquée à la réalité de la clientèle hémodialysée

Christine Lapointe, inf., MScN, IPSN  
Isabelle Lavoie, inf. clin., B. Sc.

16 novembre 2014  
Colloque en hémodialyse

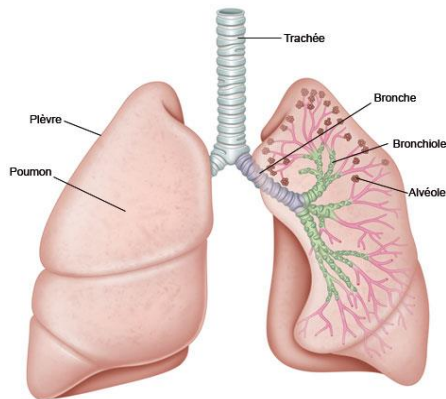


## Plan de la présentation

- / Bref rappel physiologique du système respiratoire;
- / Examen physique pulmonaire complet;
- / Auscultation pulmonaire;
- / Particularité de la clientèle hémodialysée;
- / Notes infirmières au dossier.

## Rappel physiologie respiratoire :

### Poumons



Les poumons oxygène en 24 H plus de 6000 litres de sang et plus de 8000 litres d'air les traversent.

#### Le poumon droit:

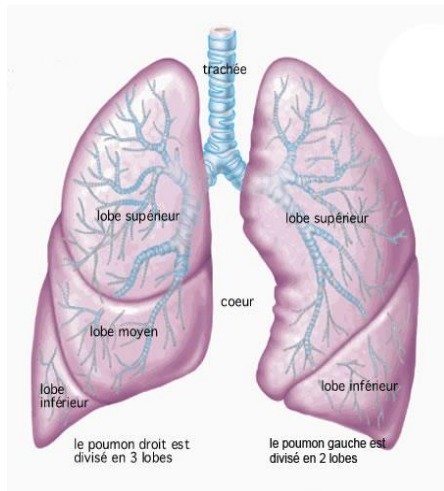
Il est divisé en 3 lobes:

- / le lobe supérieur
- / le lobe moyen
- / le lobe inférieur

**Le poumon droit assure 55 % de la ventilation pulmonaire**

# Rappel physiologie respiratoire :

(suite)



## Poulmon gauche:

Il est divisé en deux lobes:

- / le lobe supérieur;
- / le lobe inférieur .

**Le poulmon gauche assure 45 % de  
la ventilation pulmonaire**

## Rappel physiologie respiratoire : (suite)

### Les bronches



Sur le plan anatomique, la bronche droite est  
/ plus courte  
/ plus large  
/ plus inclinée

C'est pourquoi les corps étrangers  
aspirés se logent plus souvent du côté  
droit. ( pneumonie d'aspiration)

À l'auscultation il est possible de mieux  
entendre les bruits pulmonaires du côté  
droit.

## Rappel physiologie respiratoire :

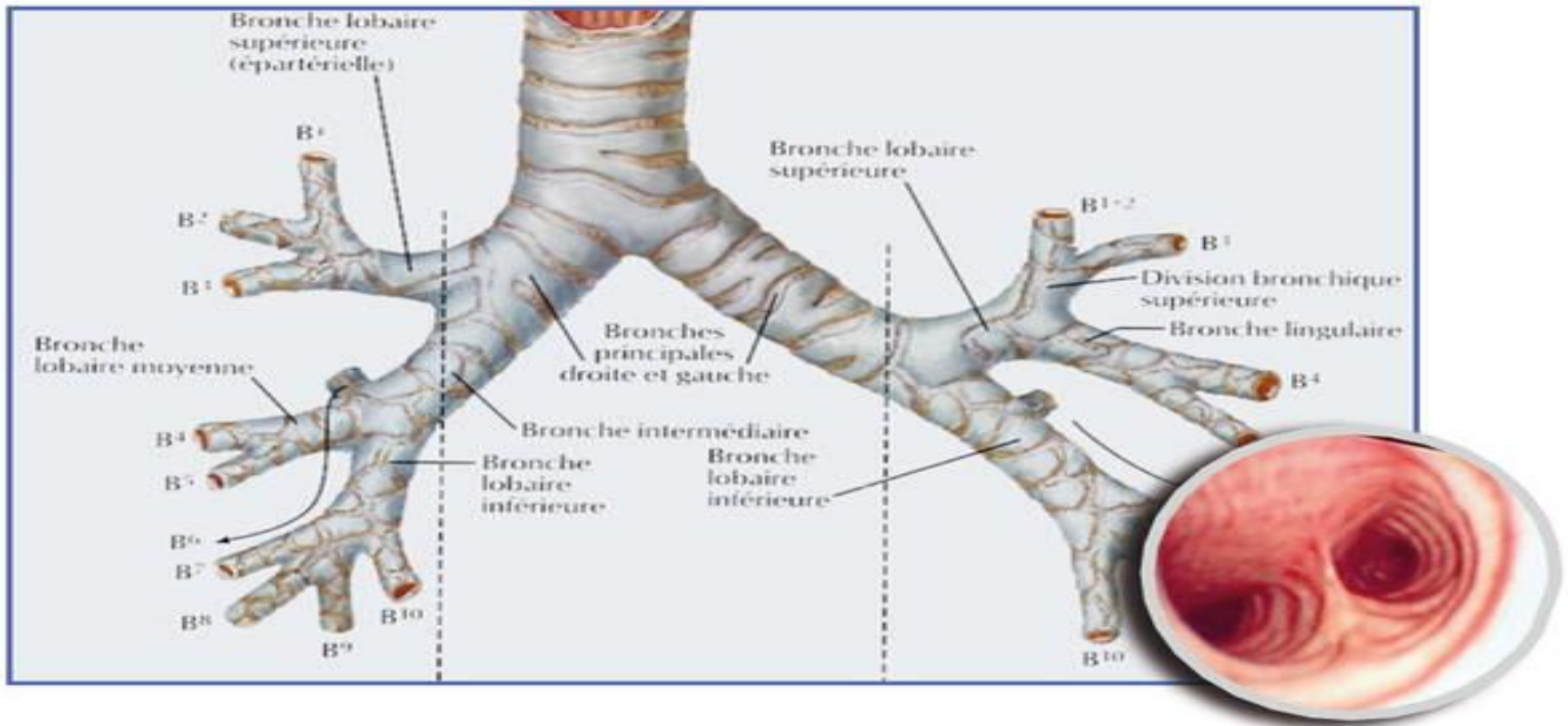
### Les bronches (suite)

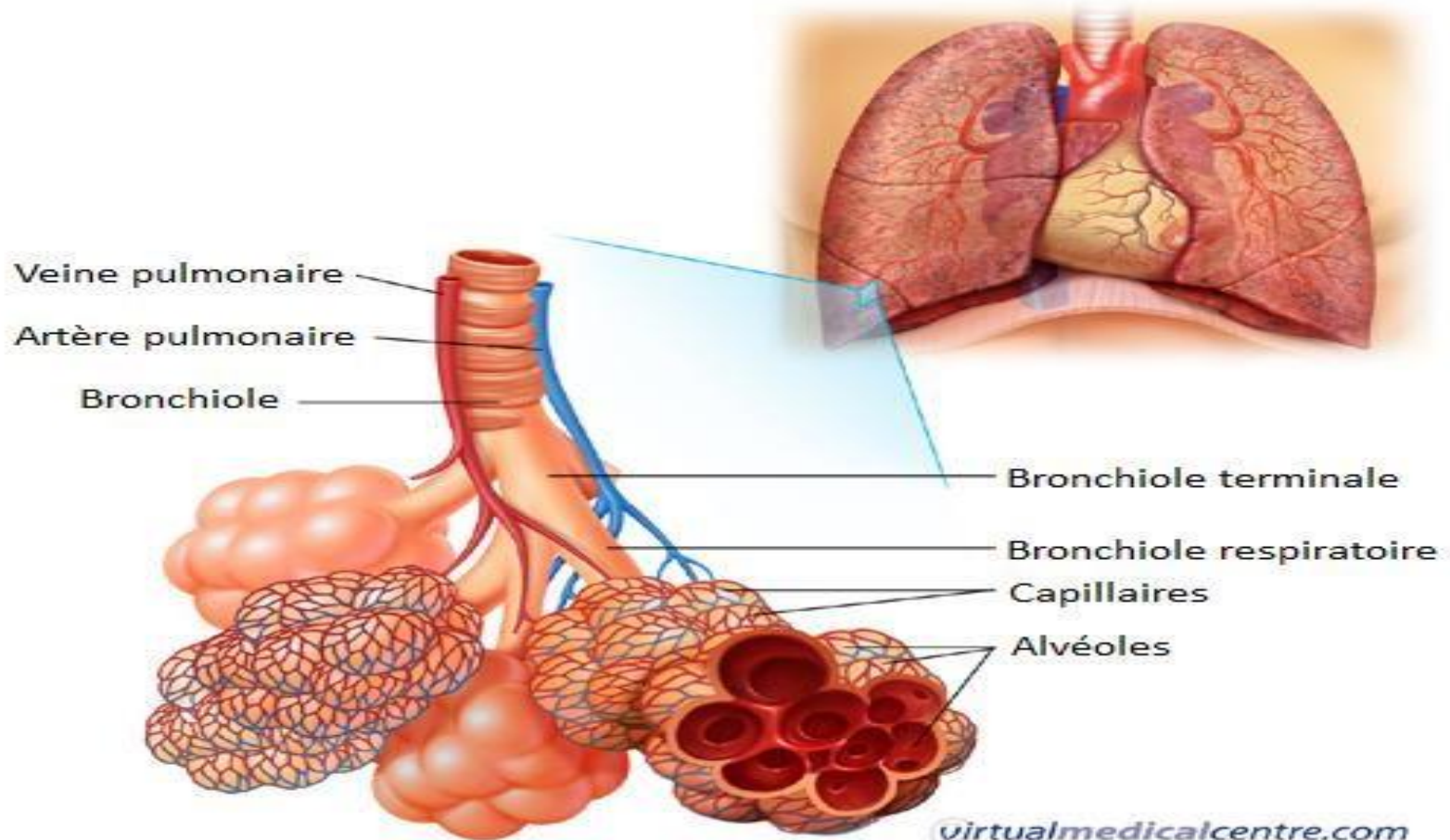
Les deux bronches principales se divisent en:

- / bronches lobaires
- / bronche segmentaire
- / bronchioles
- / bronchioles terminales
- / bronchioles respiratoires

Les bronchioles ont un diamètre de 1 mm  
et les bronchioles terminales un diamètre  
de 0,5 mm.

# L'arbre bronchique







## Rappel physiologie respiratoire : (suite)

### Alvéoles



Les alvéoles sont des structures anatomiques microscopiques formant les sacs alvéolaires, qui constituent la terminaison distale des voies aériennes du poumon.

Les sacs alvéolaires des deux poumons regroupent quelques **600 millions d'alvéoles**.

Chaque paroi alvéolaire est munie de fibres élastiques qui lui permettent de se dilater et de se rétracter.

L'extrême minceur de la membrane alvéolo-capillaire qui facilite les échanges air-sang.

## Rappel physiologie respiratoire : (suite)

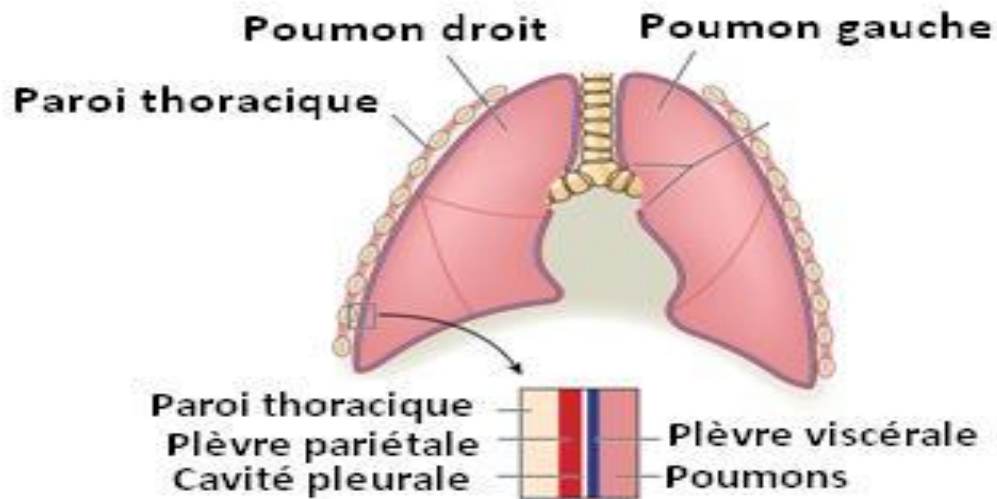
## Plèvre

Les poumons sont enveloppés d'une membrane séreuse constituée de deux feuillets:

Le **feuillet viscéral** recouvre le poumon et les scissures interlombaires.

Le **feuillet pariétal** tapisse l'intérieur du thorax soit les côtes, le médiastin et la coupole diaphragmatique.

Les deux feuillets peuvent glisser l'un sur l'autre grâce au liquide pleural qui réduit la friction lors des mouvements respiratoires.



## Rappel physiologie respiratoire : (suite)

### Pleurésie



On parle de pleurésie lorsqu'il y a accumulation de liquide dans cet espace.

L'entrée d'air dans la cavité pleurale entraîne un affaissement des poumons, comme dans le cas d'un pneumothorax sous tension.

## Repères osseux



## Thorax antérieure:

- / Fourchette sternale
- / Sternum
- / Angle manobriosternal ou angle de Louis (proéminence)
- / Angle costal (appendice xiphoïde)

## Repères osseux



## Thorax postérieure:

- / Vertèbre cervicale C 7
- / Apophyses épineuses
- / Angle inférieur des omoplates
- / Douzième côte

# Examen physique pulmonaire complet



## 4 techniques

/ Inspection

/ Palpation

/ Percussion

/ Auscultation

# **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Inspection**

- / Cage thoracique;
- / Respiration;
- / État et couleur de la peau;
- / Position de la personne;
- / Expression faciale;
- / Niveau de conscience.



# Examen physique pulmonaire complet :

## Palpation

/ Expansion symétrique;

/ Vibrations vocales;

/ Déceler la présence de masse, de protubérances ou de sensibilité.

# **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Percussion**

- / Percuter les champs pulmonaires;
- / Estimer l'excursion diaphragmatique.

# Examen physique pulmonaire complet :

## Auscultation

/ Le passage de l'air à travers l'arbre bronchique engendre une série de bruits spécifiques et audibles sur la paroi thoracique.

/ Ces bruits sont modifiés par l'obstruction des voies respiratoires ou par des changements au parenchyme pulmonaire, à la plèvre ou à la paroi thoracique.

# Examen physique pulmonaire complet :

## Auscultation (suite)

- / Le passage de l'air à travers l'arbre bronchique engendre une série de bruits spécifiques et audibles sur la paroi thoracique.
- / Ces bruits sont modifiés par l'obstruction des voies respiratoires ou par des changements au parenchyme pulmonaire, à la plèvre ou à la paroi thoracique.

## **Examen physique pulmonaire complet :**

### **Auscultation** (suite)

- / Permet d'écouter des sons du corps et des organes;
- / Éviter les frottements ou les frictions;
- / On ausculte par-dessous les vêtements;
- / Le stéthoscope doit être de bonne qualité;
- / On ausculte toujours la partie antérieure (devant) et la partie postérieure des poumons (dos).

## **Examen physique pulmonaire complet :**

### **Auscultation** (suite)

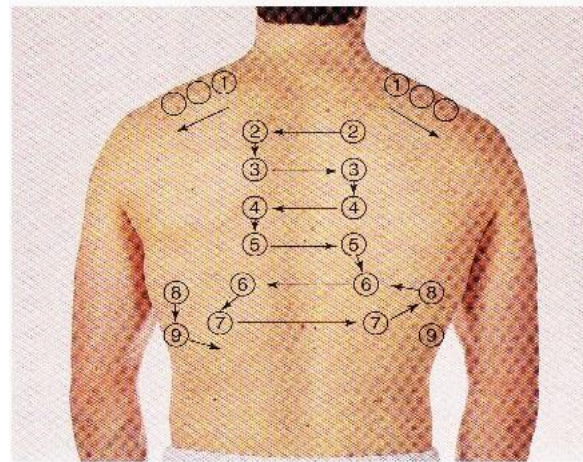
- / Évaluer les bruits respiratoires normaux (murmures vésiculaires);
- / Noter les bruits respiratoires anormaux;  
-s'il y a présence de bruits anormaux, procéder à l'évaluation des bruits de la voix (ou résonance vocale);
- / Noter les bruits adventices (surajoutés).

# Auscultation des bruits normaux

# Murmures vésiculaires

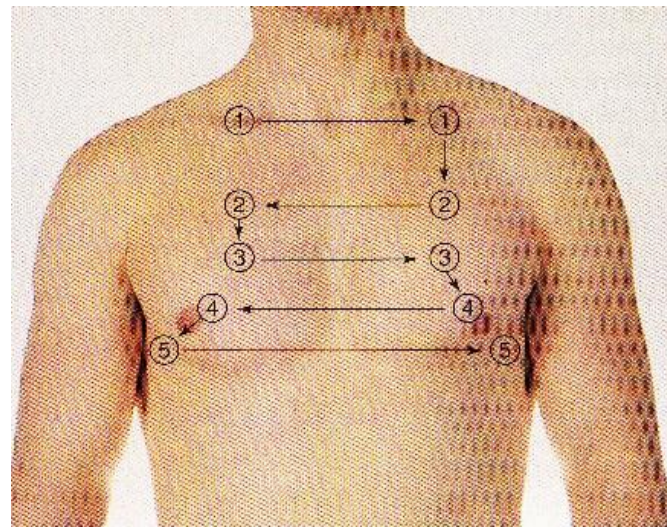


# Examen physique du thorax et des poumons (suite)





# Examen physique du thorax et des poumons (suite)



## **Examen physique pulmonaire complet:**

### **Auscultation** (suite)

- / Placer le diaphragme du stéthoscope sur la paroi du thorax de la personne;
- / Écouter une respiration complète dans chaque région(foyer) auscultée;
- / Il est essentiel de comparer les bruits d'un côté à l'autre du thorax;
- / Ne pas placer directement le stéthoscope sur le tissu mammaire de la femme, mais déplacer délicatement le sein et ausculter directement sur la paroi thoracique.

# Examen physique pulmonaire complet:

## Auscultation (suite)

- / Ne pas confondre les bruits environnants avec les bruits respiratoires;
- / Pour éviter cette confusion, il est important de se familiariser avec les bruits externes :
  - respiration de l'infirmière
  - les branches du stétho qui se heurtent
  - les frissonnements du pt
  - le mouvement des poils d'un homme au thorax velu
  - le froissement du papier ou du tissu
  - appareil de dialyse.

## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Réalité avec clientèle hémodialysée**

- / Examen pulmonaire complet de routine souvent impossible en hémodialyse (manque d'espace, d'intimité, de temps, etc.);
- / Par contre, auscultation pulmonaire très importante: aide à évaluer l'état volémique du patient (donc son poids sec), ajoute à l'évaluation des complications très fréquentes chez les pts HD ex: surcharge volémique, infection pulmonaire, etc.

## **Examen physique pulmonaire complet:**

## **Réalité avec clientèle hémodialysée** (suite)

- / Auscultation complète de la face antérieure et postérieure du thorax surtout possible avant le branchement pour un traitement d'hémodialyse;
- / Une fois le traitement débuté, auscultation des foyers antérieurs et des 7<sup>e</sup>-8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> foyers postérieurs plus facile et moins à risque pour le patient (infiltration de la FAV en raison du déplacement des aiguilles);
- / Auscultation souvent compliquée par les bruits ambiants (appareil de dialyse, unité à aire ouverte, etc.).

## Examen physique pulmonaire complet :

## Auscultation (suite)

### 8 principaux bruits anormaux ou adventices:

- / Crépitants-fins;
- / Crépitants-rudes;
- / Crépitants atelectasiques;
- / Frottement pleural;
- / Sibilances (sifflements-haute tonalité);
- / Rhonchi sonores (sifflements-basse tonalité);
- / Murmure vésiculaires diminués
- / Stridor.

## **Auscultation des bruits adventices :**

## **Crépitants-fins**

### Définition:

- / sons doux de haute tonalité;
- / brefs et intermittents, comparables à un grésillement;
- / entendus à l'inspiration (pas à l'expiration)
- / ne disparaissant pas avec la toux.

### Exemples cliniques:

- / désordres restrictifs: pneumonie, insuffisance cardiaque et fibrose interstitielle.
- / désordres obstructifs: bronchite chronique, asthme et emphysème.
- / induits par la posture: apparaissent aux changements de position.

## **Auscultation des bruits adventices:**

### **Crépitants-rudes**

#### Définition:

- / sons forts de basse tonalité;
- / sous forme de gargouillements et de bulles;
- / commencent en début d'inspiration, aussi présents à l'expiration;
- / peuvent diminuer avec la succion ou la toux, mais peuvent réapparaître rapidement.

#### Exemples cliniques:

- / œdème pulmonaire;
- / pneumonie;
- / fibrose pulmonaire;
- / personnes en phase terminale présentant une diminution du réflexe de toux.



## **Auscultation des bruits adventices :**

### **Crépitants atélectasiques**

#### Définition:

- / crépitants fins qui ne durent pas;
- / sont non pathologiques;
- / disparaissent après quelques respirations.

#### Exemples cliniques:

- / chez les personnes âgées, alitées;
- / chez la personne qui s'éveille.

# Bruit : crépitants



## Auscultation des bruits adventices :

## Frottement pleural

### Définition:

- / son superficiel, rude, de basse intensité;
- / semblable au crépitant, mais entendu plus près de l'oreille; ressemble à 2 pièces de cuir frottant l'une contre l'autre.
- / appuyer sur le diaphragme du stéthoscope intensifie ce son;
- / Peut être entendu à l'inspiration et à l'expiration: Synchrones avec la respiration.

### Exemples cliniques:

- / inflammation de la plèvre pariétale ou viscérale: entraînant une diminution du liquide pleural. La friction de ces 2 surfaces produit un son rude accompagnée de douleur à la respiration.

## Auscultation des bruits adventices :

## Sibilances

### Définition:

- / Sifflements de haute tonalité, musicaux, grinçants;
- / prédominance à l'expiration (début ou fin)
- / mais pouvant aussi se produire à l'inspiration.

### Exemples cliniques:

- / ces sifflements diffus apparaissent s'il y a obstruction des voies respiratoires comme dans les cas de crise d'asthme ou d'emphysème.

# Bruit : sibilances



## Auscultation des bruits adventices :

### Ronchis

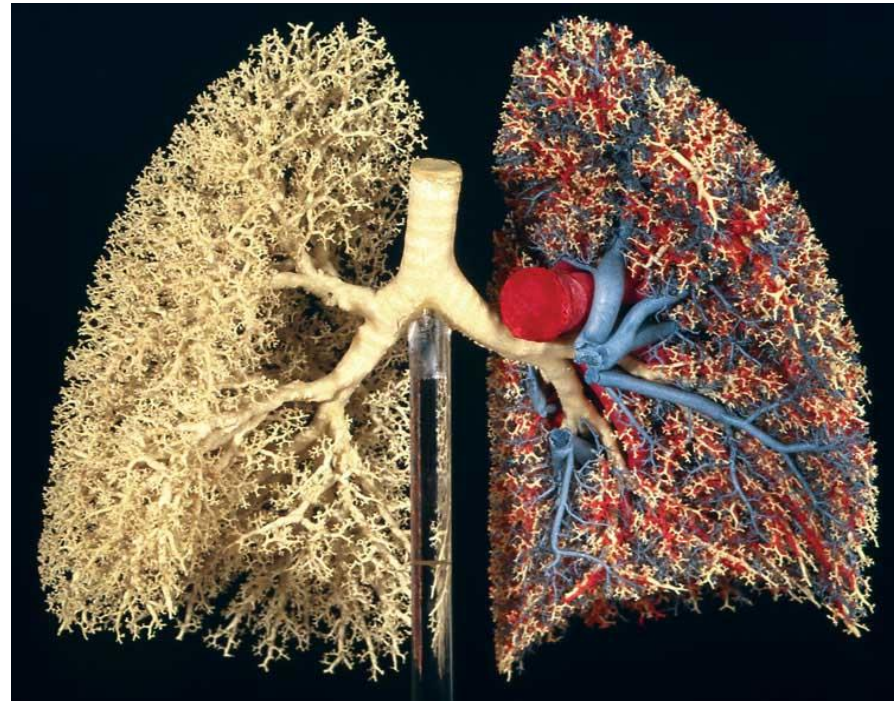
#### Définition:

- / sifflements de basse tonalité, un seul ton, ronflement musical, son de gémissement;
- / sont entendus pendant tout le cycle respiratoire, mais surtout expiratoire;
- / modifiable par la toux.

#### Exemples cliniques:

- / Bronchite;
- / obstruction bronchique provoqué par la présence d'un corps étranger ou d'une tumeur.

# Bruit : ronchis



## **Murmures vésiculaires diminués**

### Définition:

- / Murmures vésiculaires présents mais diminués (affaissement des alvéoles);
- / Silence auscultatoire.

### Exemples cliniques:

- / BPOC ou MPOC.
- / Etc.



## Auscultation des bruits adventices :

### Stridor

#### Définition:

- / bruit fort, de haute tonalité, rauque;
- / principalement inspiratoire;
- / il est généralement plus fort dans le cou que sur le thorax.

#### Exemples cliniques:

- / croup et épiglottite aiguë chez l'enfant;
- / inhalation d'un corps étranger;
- / situation urgente mettant la vie en danger

## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Notes au dossier et jugement clinique, exemple I**

/ Données subjectives: Aucune toux ou douleur thoracique à la respiration, aucun essoufflement. Aucun antécédent de problème respiratoire. N'a pas présenté de rhume ou pas plus d'un par année. N'a jamais fumé. Travaille dans un bureau ventilé. Dernier PPD négatif, il y a 4 ans. Pas de radiologie pulmonaire antérieure.

## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Notes au dossier et jugement clinique, exemple I (suite)**

### / Données objectives:

- Inspection: diamètre transverse > diamètre antéropostérieur. R 16/min, rythme régulier, détendu.
- Palpation: expansion thoracique symétrique. Frémissement tactile symétrique. Aucune sensibilité à la palpation. Pas de masses ou de lésions perceptibles.
- Percussion: sonorité sur tous les champs pulmonaires. Excursion diaphragmatique de 5 cm de chaque côté.

## Examen physique pulmonaire complet :

## Notes au dossier et jugement clinique, exemple I (suite)

### / Données objectives:

-Auscultation: bruits respiratoires sur tous les champs pulmonaires. Pas de bruits adventices.

### / Évaluation:

-Structure thoracique intactes.

-Poumons clairs.

(Tiré de Jarvis, 2010)

## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Notes au dossier et jugement clinique, exemple II**

- / Homme, 58 ans, mince, de race blanche, occupe un poste de contrôleur routier. Paraît plus vieux que son âge.
- / Raison de la consultation: consulte pour essoufflement et fatigue depuis quelques mois. Semble anxieux même s'il ne présente pas de douleur ou de détresse respiratoire aiguë actuellement.

(Jarvis, 2009)

## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Notes au dossier et jugement clinique, exemple II (suite)**

/ Données subjectives: il y a 1 an- a remarqué être plus essoufflé qu'habituellement lors de la marche sur une distance de plus de 3 ou 4 pâtés de maisons. Il présente de la toux, tôt le matin, tous les jours et ce, depuis 10 ans. Actuellement, il note une augmentation de la production de sécrétions blanchâtres, d'environ 2 tasses tous les matins. Il y a 6 mois- a présenté un rhume avec une toux rauque intense et productive. Expectations blanchâtres d'environ ½ tasse die. Dlr légère à la toux. Cela a duré 2 sem. S'est soigné avec sirop et humidificateur avec peu d'amélioration.

## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Notes au dossier et jugement clinique, exemple II (suite)**

/ Données subjectives (suite): il y a 3 mois- a remarqué une augmentation de l'essoufflement, même à l'activité légère. Fatigue et difficultés respiratoires lorsqu'il travaille aux heures de pointe et de circulation dense. Incapable de faire une promenade en soirée en raison de l'essoufflement et de la fatigue. Orthopnée: 2 oreillers. S'éveille et se lève 3 à 4 fois par nuit. Actuellement, "se sent moins bien (inquiet) et a besoin d'aide". Orthopnée encore présente: 2 oreillers. Incapable de marcher une distance de plus de 2 pâtés de maison ou de monter un escalier sans se reposer. Incapable de souffler ses chandelles sur son gâteau d'anniversaire la semaine dernière.

## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Notes au dossier et jugement clinique, exemple II (suite)**

/ Données subjectives (suite): toux productive le matin avec expectorations blanchâtres d'environ ¼ tasse et se poursuit sporadiquement pendant la journée. Ne présente pas de dlr thoracique, d'hémoptysie, de sueur nocturne ou de DPN. Aucun atcd d'allergie, d'hospitalisation ou de blessure thoracique. Aucune histoire familiale de tuberculose, d'allergie, d'asthme ou de cancer. Fume 2 paquets de cigarettes die depuis 30 ans. Consommation d'alcool: moins de 6 bières par semaine, et seulement l'été. Pas de drogue.



## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Notes au dossier et jugement clinique, exemple II (suite)**

### / Données objectives:

-Inspection: assis sur le bord du lit avec les bras appuyés sur la table de chevet. R au repos 24/min, régulières, mais de faible amplitude avec expiration prolongée; R 34/min après la marche. Augmentation de l'utilisation des muscles accessoires, diamètre transverse = diamètre antéropostérieur avec élargissement de l'angle costal, faciès légèrement rouge et tendu.

## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Notes au dossier et jugement clinique, exemple II (suite)**

### / Données objectives:

- Palpation: amplitude thoracique minimale, mais symétrique. Vibrations vocales bilatérales. Absence de bosses, de masses et de sensibilité à la palpation.
- Percussion: excursion diaphragmatique de 1 cm bilatérale. Hypersonorité présente aux champs pulmonaires.
- Auscultation: bruits respiratoires diminués. Sifflements expiratoires perçus sur la paroi postérieure du thorax, D > G. Pas de crépitant.

## **Examen physique pulmonaire complet :**

## **Notes au dossier et jugement clinique, exemple II (suite)**

### / Évaluation:

- BPOC (bronchopneumopathie chronique obstructive).
- Dégagement inefficace des voies respiratoires relié aux sécrétions bronchiques et à l'obstruction.
- Intolérance à l'activité reliée au déséquilibre entre la demande et les besoins en oxygène.
- Insomnie reliée à la dyspnée et à la diminution de l'activité.
- Anxiété reliée aux changements de son état de santé.

(Tiré de Jarvis, 2010)

*N'oubliez pas!*

*L'expertise vient avec la  
pratique!!!!*





*Merci!*

*Questions ?*

*et*

*Commentaires ?*

## Références

- Jarvis, C. (2010). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Direction scientifique de l'édition française Claire Chapados. Montréal: Beauchemin/Chenelière Éducation.
- Bates, B. (2006). *Guide de l'examen clinique (5<sup>e</sup> édition française)*(Babinet, P., Retbi, J. M., trad. De la 9<sup>e</sup> édition américaine). Rueil-Malmaison: Arnette.
- Beaumont, J. L. (2003). *L'examen clinique respiratoire*. Montmagny: Gestion J. L. Beaumont inc.
- Brûler, M., Cloutier, L. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Saint-Laurent: ERPI.