

LA VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT

L'importance du facteur temps et de la chronologie des événements dans l'anamnèse médicale

A.J. SCHEEN (1)

RÉSUMÉ : L'anamnèse est une étape essentielle dans l'approche diagnostique. Elle repose sur un interrogatoire structuré dans lequel la chronologie des événements joue souvent un rôle essentiel. L'expérience montre que l'étudiant en médecine exploite, souvent de façon imparfaite, la notion de temps dans son approche du patient. Le but de cette vignette est d'attirer l'attention sur quelques éléments clés, dont l'âge du malade, la durée des symptômes, le moment d'apparition des plaintes dans le décours du nyctémère et, enfin, l'importance à accorder à deux (ou plusieurs) événements survenant de façon concomitante ou successive.

MOTS-CLÉS : Age – Anamnèse – Chronologie – Diagnostique – Simultanéité

TAKING INTO ACCOUNT BOTH CHRONOLOGY AND DURATION OF EVENTS IS CRUCIAL IN THE MEDICAL INTERVIEW

SUMMARY : Medical history taking represents a key step in the diagnostic approach. A structured interview with a special attention to the chronology of events is mandatory. The medical student often fails to use the information on time in an optimal way. The aim of this article is to draw the attention on a few key elements, especially the age of the patient, the duration of symptoms, the time of occurrence of complaints within the 24h period and, finally, how to interpret the simultaneous or sequential occurrence of two (or more) events.

KEYWORDS : Age – Anamnesis – Chronology – Diagnosis – Medical interviewing – Concomitance

INTRODUCTION

La vignette diagnostique de l'étudiant est sensée contribuer à l'apprentissage au raisonnement clinique à visée diagnostique (1). Nous avons, dans une vignette précédente, expliqué l'importance et les étapes cruciales de l'anamnèse pour orienter le diagnostic médical (2). Il apparaît que l'interprétation du facteur «temps» est souvent capitale. Bien interpréter la chronologie des événements facilite grandement l'approche diagnostique (Tableau I). Le but de cette vignette clinique est d'illustrer quelques notions pratiques intéressantes à ce sujet de façon à sensibiliser l'étudiant en médecine dans son apprentissage.

PRÉSENTATION DE LA VIGNETTE

Une patiente âgée de 29 ans consulte en médecine générale pour nausées fréquentes et vomissements occasionnels depuis 8 semaines. Dans un contexte habituel fait plutôt de constipation, elle signale quelques épisodes de diarrhée liquide intermittente. Elle est partie une semaine en vacances avec une amélioration transitoire de la symptomatologie, qui a cependant repris au retour. Les vomissements ont surtout lieu le soir et semblent augmentés par le

stress. Il s'agit, de fait, d'une patiente anxieuse et vite angoissée. Elle a peur que ses plaintes soient des symptômes d'un cancer digestif débutant. Il n'y a cependant pas d'altération de l'état général. Elle prend régulièrement du dompéridone (Motilium®) comme anti-émétique, traitement qui améliore partiellement la symptomatologie. Ses antécédents personnels sont sans particularité, si ce n'est une appendicectomie banale à l'âge de 12 ans. Elle ne prend pas de contraception et n'a pas été réglée le dernier mois. On note, dans les antécédents familiaux, que sa mère est décédée d'un cancer colique à 59 ans, il y a moins de 2 ans. Elle signale que sa sœur cadette a présenté une anorexie mentale sévère à l'adolescence, il y a une dizaine d'années. Son père est en bonne santé; il a une nouvelle compagne depuis 2 mois. L'examen clinique général est normal. La palpation de l'abdomen révèle uniquement une sensibilité diffuse du cadre colique, sans point douloureux électif. Une biologie révèle un test HCG négatif, des tests hépatiques normaux, l'absence de syndrome inflammatoire et une hyperprolactinémie (trois fois la limite supérieure de la normale, augmentation sans doute favorisée par la prise régulière de dompéridone, un antagoniste dopaminergique). Le diagnostic provisoirement retenu est celui de troubles digestifs fonctionnels dans un contexte d'anxiété et aucun examen complémentaire (imagerie, endoscopie) n'est jugé indispensable

(1) Professeur ordinaire, Université de Liège, Chef de Service, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques et Unité de Pharmacologie clinique, CHU de Liège.

TABLEAU I. ÉLÉMENTS TEMPORELS OU CHRONOLOGIQUES À RÉCOLTER ET BIEN ANALYSER LORS DE L'ANAMNÈSE, SUSCEPTIBLES DE CONTRIBUER AU DIAGNOSTIC

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Age du patient 2) Durée des symptômes 3) Moment d'apparition des symptômes au cours du nyctémère 4) Concomitance ou séquence chronologique des événements |
|---|

à ce stade. Une approche psychologique est privilégiée dans un premier temps.

QUESTIONS POSÉES

- 1) Indiquez en quoi l'âge d'un patient peut aider à mieux cerner l'approche diagnostique.
- 2) Indiquez en quoi la durée de certains symptômes peut aider au diagnostic.
- 3) Indiquez en quoi le moment d'apparition d'un symptôme peut se révéler être un élément contributif.
- 4) Indiquez comment interpréter correctement la survenue simultanée ou séquentielle de deux événements.

RÉPONSES PROPOSÉES

1) INDIQUEZ EN QUOI L'ÂGE D'UN PATIENT PEUT AIDER À MIEUX CERNER L'APPROCHE DIAGNOSTIQUE

L'âge du patient est un élément capital à prendre en compte dans l'orientation diagnostique. Certes, il existe des pathologies spécifiques de l'enfant et de l'adolescent (relevant de la pédiatrie) et des pathologies spécifiques de la personne âgée (relevant de la gériatrie). Cependant, même chez l'adulte, entre 20 et 65 ans, l'âge d'apparition des symptômes peut s'avérer un élément important à prendre en compte pour au moins évoquer ou, éventuellement, exclure un diagnostic. Il est donc important de bien contextualiser la problématique. Ainsi, si l'on prend les deux morbidités, causes de mortalité, les plus fréquentes dans notre société, il est certain que la probabilité de poser un diagnostic d'insuffisance coronaire, ou de cancer, est très faible chez la personne jeune (par exemple, avant 40-50 ans) alors que le risque augmente sensiblement plus la personne avance en âge. En ce qui concerne le diabète sucré, le diabète de type 1 apparaît généralement avant l'âge de 40 ans alors que le diabète de type 2 est diagnostiqué, le plus souvent, après la quarantaine. Bien sûr, il peut toujours exister des exceptions, mais le raisonnement basé sur cette simple dichotomie temporelle peut déjà faire progres-

ser la démarche diagnostique. Dans le domaine de la rhumatologie, les pics d'incidence de la polyarthrite rhumatoïde (40-65 ans), du lupus érythémateux systémique (20-30 ans) et de la pseudopolyarthrite rhizomélique (> 65 ans) sont sensiblement différents et ce simple élément, à intégrer bien évidemment à d'autres, peut, à lui seul, déjà donner une certaine orientation diagnostique.

La femme adulte connaît une situation particulière et différente de l'homme en ce sens qu'elle voit sa vie rythmée par les éventuelles grossesses et par la ménopause. La grossesse correspond à une situation rapidement évolutive, avec une chronologie accélérée, et la notion de temps doit alors se référencer par rapport au début des dernières règles, date indicative de la durée de la gestation. Ainsi, devant un saignement utérin, par exemple, les pathologies à évoquer sont sensiblement différentes selon que la patiente est en début ou en fin de grossesse. En début de grossesse, il faut exclure une fausse-couche ou une grossesse extra-utérine, mais penser aussi à une simple fragilité du col après rapport sexuel. En fin de grossesse, il faut exclure une menace d'accouchement prématuré, un placenta praevia, ou encore, un hématome rétro-placentaire. De même, en dehors d'une grossesse, le diagnostic différentiel d'une métrorragie doit se faire en fonction de la période par rapport à la ménopause. Avant la ménopause, moment où l'utérus est soumis à une imprégnation oestrogénique, les diagnostics à évoquer en priorité sont les hyperplasies de l'endomètre, l'adénomyose et les fibromes. Après la ménopause, l'imprégnation oestrogénique disparaît (en l'absence de thérapie hormonale de remplacement) et les diagnostics à exclure sont l'atrophie utérine, mais aussi le cancer utérin dont l'incidence augmente avec l'âge.

Dans le cas particulier de cette vignette clinique, comme la patiente est en âge de procréer, la symptomatologie pourrait faire évoquer une grossesse débutante, d'autant plus qu'elle n'a pas été réglée lors du cycle précédent. Un test HCG permet aisément d'exclure ce diagnostic. Le relativement jeune âge de la patiente oriente davantage vers une pathologie fonctionnelle que vers une pathologie organique (3) et, en tout cas, ne plaide pas pour un cancer digestif, comme elle le craignait.

2) *INDIQUEZ EN QUOI LA DURÉE DE CERTAINS SYMPTÔMES PEUT AIDER AU DIAGNOSTIC*

Il est habituel de séparer les pathologies aiguës des pathologies chroniques, mais cette distinction se base plutôt sur le mode d'installation brutale que sur la durée des symptômes. Cette dernière est, cependant, un élément parfois essentiel dans un diagnostic différentiel. C'est, par exemple, le cas dans les douleurs thoraciques. Ainsi, une douleur fugace de type pointe, durant au plus quelques secondes, est fortement évocatrice de névralgie intercostale; une douleur constrictive durant quelques minutes plaide plutôt pour un angor et, donc, une insuffisance coronaire; une douleur durant plusieurs heures, ou même jours, n'est guère évocatrice mais ne plaide pas pour une origine coronarienne. Sur le plan digestif, une diarrhée depuis un ou deux jours évoque une entérite banale tandis qu'une diarrhée durant depuis plusieurs semaines doit faire rechercher une origine organique plus sérieuse, comme une maladie caelique, une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, une parasitose, voire même évoquer, chez un patient plus âgé, un cancer digestif.

Dans le cas particulier de cette vignette clinique, la symptomatologie perdure depuis environ 2 mois. On n'est donc pas en face d'un épisode aigu (gastroentérite virale, par exemple), mais néanmoins d'une symptomatologie relativement récente (la patiente n'avait pas de troubles digestifs significatifs auparavant). Il doit donc exister un phénomène nouveau qui a pu déclencher cette problématique digestive. L'absence d'altération concomitante de l'état général oriente davantage vers une pathologie fonctionnelle que vers une maladie organique (3).

3) *INDIQUEZ EN QUOI LE MOMENT D'APPARITION D'UN SYMPTÔME PEUT SE RÉVÉLER ÊTRE UN ÉLÉMENT CONTRIBUTIF*

Le temps peut également s'interpréter dans le décours des 24 heures d'une journée. En effet, il peut être intéressant de prendre en compte le moment privilégié d'apparition des symptômes dans le décours du nyctémère. Ainsi, certaines plaintes peuvent survenir, de façon préférentielle, durant la période nocturne : c'est le cas des douleurs épigastriques liées à un ulcère gastro-duodéal, des crises d'angine de poitrine de repos pouvant évoluer vers un syndrome coronaire aigu, ou encore de certaines crises d'asthme à recrudescence nocturne. Dans le diagnostic différentiel des

oedèmes, la mise en évidence d'un oedème des paupières au lever est un argument plaidant pour un syndrome néphrotique. Par contre, des oedèmes déclives, à recrudescence en fin de journée, surtout s'ils sont accompagnés d'une polyurie nocturne, doivent faire évoquer une insuffisance cardiaque.

Dans le cas particulier de cette vignette clinique, la symptomatologie digestive haute est majorée le soir, période vespérale où la patiente se sent plus nerveuse, ce qui peut également orienter vers une origine fonctionnelle (3).

4) *INDIQUEZ COMMENT INTERPRÉTER CORRECTEMENT LA SURVENUE SIMULTANÉE OU SÉQUENTIELLE DE DEUX ÉVÉNEMENTS*

Lorsque deux événements surviennent de façon simultanée, il peut certes s'agir d'une pure coïncidence qui doit toujours être considérée comme possible (Figure 1). Cependant, la démarche diagnostique doit, en première intention et selon toute logique, évoquer une relation possible entre deux symptômes ou deux événements survenant de façon quasi concomitante. La démarche purement analytique doit se muer en une démarche syndromique, associant plusieurs symptômes, beaucoup plus enrichissante pour faire progresser le diagnostic, comme discuté dans un article précédent (2).

De façon schématique, s'il existe bien une relation entre deux événements A et B (ce qui doit, bien entendu, encore être prouvé), celle-ci peut prendre trois orientations différentes. L'événement A peut être responsable de la survenue de l'événement B ou l'événement B peut être à l'origine de l'événement A ou encore un autre événement C détermine la survenue quasi simultanée des événements A et B (Figure 1). Tout l'art de la démarche médicale consistera à relier les événements entre eux

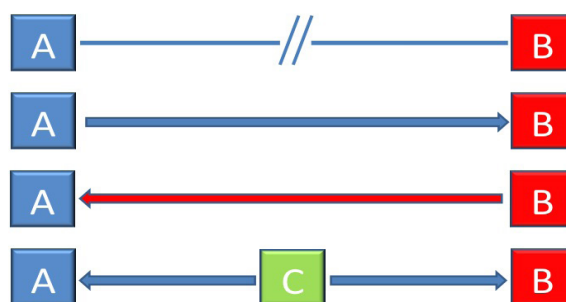


Figure 1. Illustration schématique de la relation pouvant exister entre deux événements (ou plaintes) A et B recueillis à l'interrogatoire. De haut en bas : aucune relation (simple coïncidence); A entraînant B (rapidement ou avec un certain délai); B provoquant A (idem, avec un délai variable); A et B sans relation directe, mais tous deux provoqués par un troisième phénomène C.

pour parvenir, aussi rapidement que possible, à un diagnostic de présomption, aussi précis et fiable que possible. Par exemple, de façon quasi pathognomonique, une douleur rétrosternale brutale, accompagnée (ou suivie rapidement) de vomissements, doit immédiatement évoquer un syndrome coronaire aigu, *a fortiori* si l'âge de patient est compatible comme déjà discuté. Ou encore, une brusque douleur thoracique baso-latérale, associée à une dyspnée aiguë, doit orienter d'emblée vers une embolie pulmonaire, en l'absence de traumatisme permettant de quasi exclure un pneumothorax. La concomitance d'une fièvre élevée doit faire évoquer une pneumonie bactérienne. Parfois, les événements ne coïncident pas temporellement, mais apparaissent successivement, souvent de façon rapprochée. Retracer la séquence chronologique des événements-clé est alors essentiel. Ainsi, une dyspnée majeure ou un état de choc survenant dans les jours suivant une thrombose veineuse profonde doit immédiatement faire envisager une embolie pulmonaire. Par définition, un événement ne peut être expliqué par un autre que s'il survient après l'événement déclenchant. Il faut cependant noter qu'un délai, plus ou moins long, peut exister entre l'événement initiateur et la plainte motivant la consultation. La démarche diagnostique n'en est que plus complexe. Cependant, le tableau clinique s'éclaircit une fois que l'on retrace et interprète correctement la chronologie des événements. Ainsi, dans une (poly) arthrite inflammatoire réactionnelle liée à un syndrome de Reiter, la symptomatologie articulaire n'apparaît que plusieurs semaines après la contamination bactérienne (par exemple, infection génitale à *Chlamydia*), d'où l'importance d'une anamnèse aussi complète et soignée que possible. C'était le cas également du rhumatisme articulaire aigu (avec possibles séquelles cardiaques et rénales) survenant dans les suites d'une banale angine à streptocoque bêta hémolytique, pathologie ayant disparu dans nos régions. Dans la maladie de Lyme, la symptomatologie bruyante apparaît plusieurs semaines après la morsure par une tique.

Bien souvent, l'événement primaire n'est pas une maladie organique, mais est représenté par un fait de vie, susceptible d'occasionner un stress et de perturber l'équilibre psychologique du patient (4). Des plaintes organiques, psychosomatiques, peuvent survenir dans les suites de cet événement, souvent protéiformes, mais pouvant aussi prendre des allures inquiétantes, comme, par exemple, un amaigrissement

important. Méconnaître l'événement déclenchant, ou omettre d'évoquer la relation possible entre celui-ci et les plaintes ultérieures, risque d'exposer à la prescription d'un nombre, parfois important, d'examen complémentaires à la recherche, le plus souvent vaine, d'une cause purement organique. Il est donc essentiel que médecin et patient construisent ensemble la véritable histoire qui conduira au diagnostic (5).

Dans le cas particulier de cette vignette clinique, il est troublant de constater que la symptomatologie digestive a débuté environ 8 semaines auparavant, au moment où le père a une nouvelle compagne et moins de deux ans après le décès de la maman d'un cancer digestif. Cette coïncidence temporelle ne peut pas être négligée, puisqu'elle apporte probablement la solution diagnostique. L'origine fonctionnelle peut fortement être suspectée au vu de l'ensemble des éléments recueillis à l'anamnèse, ce qui peut dispenser d'explorations plus complexes (3).

CONCLUSION

L'anamnèse médicale est un art qui nécessite une combinaison du savoir, du savoir-faire et du savoir-être (2). Bien menée, elle peut déjà permettre, à elle seule, de poser nombre de diagnostics, avec un assez haut degré de certitude. Prendre en compte l'élément temporel et retracer soigneusement la chronologie des événements sont d'un apport, souvent majeur, dans l'établissement d'un diagnostic de présomption qui devra être confirmé, si besoin, par des examens complémentaires judicieusement sélectionnés.

RÉFÉRENCES

1. Moonen G, Scheen AJ.— Editorial. La vignette diagnostique de l'étudiant : apprentissage au raisonnement diagnostique. *Rev Med Liege*, 2010, **65**, 46-48.
2. Scheen AJ.— L'anamnèse médicale, étape initiale capitale pour l'orientation diagnostique. *Rev Med Liege*, 2013, **68**, 599-603.
3. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al.— Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*, 2006, **130**, 1466-1479.
4. Scantamburlo G, Scheen AJ.— Rôle du stress psychosocial dans les maladies complexes. *Rev Med Liege*, 2012, **67**, 234-242.
5. Eggly S.— Physician-patient co-construction of illness narratives in the medical interview. *Health Commun*, 2002, **14**, 339-360.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU de Liège, Site Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.
Email : andre.scheen@chu.ulg.ac.be