

LA VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT

L'anamnèse médicale, étape initiale capitale pour l'orientation diagnostique

A.J. SCHEEN (1)

RÉSUMÉ : La pratique de la médecine combine les caractéristiques d'une science (science médicale) et d'un art (art de guérir). Elle a pour objectif de guérir le malade (ou, à tout le moins, de le soulager). La première étape de la démarche médicale globale est de poser un diagnostic qui va ensuite conditionner l'approche thérapeutique. Depuis Hippocrate, la séméiologie, c'est-à-dire l'étude des symptômes et des signes, est cruciale pour poser ou orienter le diagnostic nosologique. L'avènement de technologies médicales, de plus en plus sophistiquées, pourrait faire croire que la séméiologie n'a plus guère de place dans la pratique médicale actuelle. C'est tout le contraire puisqu'une séméiologie bien conduite permet de poser une majorité de diagnostics précis ou, à défaut, d'établir un diagnostic différentiel restreint qui amènera à une sélection judicieuse de quelques examens complémentaires. Cet article vise à rappeler aux étudiants en médecine les bases d'une anamnèse performante, progressant d'une démarche analytique vers une approche syndromique, alliant savoir, savoir-faire et savoir-être.

MOTS-CLÉS : *Anamnèse - Diagnostic - Douleur thoracique - Interrogatoire médical - Séméiologie - Symptômes - Syndrome*

MEDICAL INTERVIEWING, INITIAL KEY STEP IN THE DISEASE DIAGNOSIS

SUMMARY : Medicine combines the characteristics of both a science and an art. The main objective is to cure the patient (or at least to alleviate symptoms). The first step of the global medical approach is to make a diagnosis, which will determine the therapy. Since Hippocrates, semiology, i.e. the study of both symptoms and signs, is crucial to make or guide the disease diagnosis. The development of more and more sophisticated medical technologies may lead to believe that semiology is not useful anymore in medical practice. It is absolutely not true because a careful semiology can provide precise diagnoses in a majority of cases or, at least, can lead to a limited differential diagnosis that helps in the selection of a few well defined complementary investigations. The aim of this article targeting mainly medical students is to emphasize the key rules of a well done medical interviewing, which should progress from an "analytical" approach to a "syndromic" approach, combining knowledge, know-how and self-management skills.

KEYWORDS : *Anamnesis - Chest pain - Diagnosis - Medical interviewing - Semiology - Symptoms - Syndrome*

"Écoutez attentivement le malade, il vous dit le diagnostic !" William Osler (1849-1919).

INTRODUCTION

Le diagnostic médical est l'art de reconnaître les maladies par leurs symptômes et par leurs signes et de les distinguer les unes des autres (1). Les *symptômes*, exprimés subjectivement par le malade, sont recueillis lors de l'interrogatoire du patient, encore appelé anamnèse (2). L'anamnèse (venant du grec *aná-*, «de bas en haut», et *-mnésis*, «mémoire», c'est-à-dire «faire remonter les souvenirs») est le récit des antécédents (anciens ou récents). Elle est une étape essentielle dans l'apprentissage au raisonnement clinique (ARC) que doit acquérir tout étudiant en médecine. Les *signes*, détectés objectivement par le médecin, sont essentiellement récoltés lors de l'examen clinique qui suit l'anamnèse (3). Ces deux approches, anamnèse et examen

clinique, bien entendu complémentaires, représentent les étapes de la séméiologie médicale et constituent les fondements de la démarche médicale globale qu'il reste indispensable d'enseigner aux étudiants (4).

L'évolution technologique de la médecine fait que l'étudiant est tellement confronté (assez rapidement dans son cursus, en fait dès qu'il fréquente l'hôpital) à une pléthore d'actes techniques qu'il finirait par oublier que la première étape d'un diagnostic repose sur une anamnèse médicale performante. Au cours de sa consultation, on estime que le praticien pose environ 50 % des diagnostics par l'anamnèse, 30 % par l'examen clinique et 20 % seulement grâce aux examens complémentaires. Un diagnostic précis permet de se faire une idée sur le pronostic et d'instaurer un traitement étiologique plutôt que simplement symptomatique (5). L'art du diagnostic consiste à choisir vite un nombre restreint d'hypothèses pertinentes. L'absence de temps consacré à l'anamnèse entraîne bien souvent des examens inutiles, coûteux et parfois dangereux. Cependant, force est de reconnaître qu'il y a un risque de voir se dégrader progressivement la vraie compétence clinique au profit

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

d'une médecine de plus en plus technologique (6).

Une bonne anamnèse doit aboutir au diagnostic, de façon à la fois la plus rapide et la plus fiable possible. Elle concrétise trois qualités essentielles attendues d'un médecin, le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Le *savoir* est indispensable, il faut évidemment connaître les symptômes relatifs aux pathologies : «on ne reconnaît que ce que l'on connaît». Le savoir n'est cependant pas suffisant car il faut également du *savoir-faire*, c'est-à-dire maîtriser la technique d'une anamnèse performante, analytique et surtout syndromique. L'expérience prodiguée par les pairs est, à cet égard, inestimable. Enfin, il faut aussi du *savoir-être*. L'anamnèse est l'élément-clé de la relation médecin-malade. Une anamnèse réfléchie transmettra un sentiment de confiance. Le malade appréciera l'écoute du médecin, en particulier si l'anamnèse est faite avec patience, tact et discernement. Le médecin écoute son patient, d'abord librement, puis en l'orientant par des questions ciblées. Enseigner comment faire une bonne anamnèse est un aspect important des études médicales, bien reconnu dans les années 90 (2), mais peut-être trop sous-estimé actuellement.

Le cours introductif de la première année de médecine (ancien premier doctorat ou 1^{er} master) concerne la démarche médicale globale, mettant en exergue l'anamnèse et l'examen clinique dans l'approche diagnostique, avant toute prescription d'examens d'investigation complémentaire (appelés parfois aussi examens paracliniques). La présomption diagnostique se fonde, d'une part, sur des données épidémiologiques (en privilégiant les diagnostics les plus fréquents en première intention), d'autre part, sur l'histoire clinique du patient (en analysant les symptômes par regroupement évocateur). Cette vignette clinique a pour but de remettre l'anamnèse à sa vraie place en rappelant les grands principes de l'approche qui, d'analytique, doit rapidement devenir syndromique pour aboutir à une proposition diagnostique. L'exemple choisi est celui du diagnostic différentiel d'une douleur thoracique, un problème classique, fréquemment rencontré en clinique (7) et qui recouvre un certain nombre de pathologies susceptibles d'hypothéquer le pronostic vital (8).

PRÉSENTATION DE LA VIGNETTE

Monsieur X, 57 ans, 89 kg pour 175 cm, appelle son médecin traitant en urgence pour une douleur thoracique inaugurale ayant

débuté il y a une trentaine de minutes. Il signale également un état de faiblesse généralisée. Le patient mentionne avoir fait des efforts inhabituels la veille suite à un déménagement et croit qu'il a sans doute eu une contusion musculaire ou costale et qu'il est épuisé par la surcharge de travail de la veille. Par ailleurs, il avait présenté une bronchite avec des efforts de toux il y a une bonne semaine. Il est néanmoins inquiet car son père est décédé prématurément d'un infarctus du myocarde.

Le patient est bien connu du médecin. Il présente plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire (ancien tabagisme estimé à 30 paquets-années, hypertension artérielle traitée, diabète de type 2 connu depuis l'âge de 50 ans). Par ailleurs, il avait été exploré il y a 5 ans pour une claudication intermittente du mollet gauche et avait bénéficié d'une angioplastie de l'artère fémorale commune gauche. Il prend 160 mg d'acide acétylsalicylique et 75 mg de clopidogrel depuis lors. Devant ce tableau et après avoir rapidement complété l'anamnèse par quelques questions précises concernant la douleur et les symptômes d'accompagnement, le médecin traitant décide d'appeler une ambulance médicalisée et de transférer d'urgence le patient à l'hôpital.

QUESTIONS POSÉES

- 1) *Indiquez quels éléments anamnestiques vous paraissent particulièrement importants à pointer dans les antécédents du patient.*
- 2) *Indiquez quels éléments anamnestiques vous paraissent particulièrement importants à faire préciser concernant la plainte principale du patient.*
- 3) *Indiquez quels éléments connexes accompagnant éventuellement la douleur sont importants à rechercher à l'anamnèse.*
- 4) *Décrivez brièvement ce qu'on appelle, dans l'anamnèse médicale, une approche analytique et une approche syndromique.*

RÉPONSES PROPOSÉES

- 1) *Indiquez quels éléments anamnestiques vous paraissent particulièrement importants à pointer dans les antécédents du patient.*

L'anamnèse systématique doit envisager successivement les antécédents familiaux et les antécédents personnels. Les antécédents familiaux sont surtout intéressants dans le cadre de maladies héréditaires, y compris complexes polygéniques. Les antécédents person-

nels (chirurgicaux, médicaux, gynécologiques, psychiatriques) constituent le socle médical sur lequel vient se greffer l'histoire récente. En première intention, le médecin doit faire l'hypothèse que la plainte actuelle pourrait être en relation avec un des antécédents du patient. Une fois cette éventualité rejetée, d'autres hypothèses diagnostiques doivent alors être évoquées. La recherche des antécédents peut s'organiser de façon différente selon le contexte, l'urgence, l'attitude du malade, etc. Quel que soit le point de départ, l'interrogatoire doit être aussi complet que possible, tout en ciblant bien l'objectif, *a fortiori* dans un contexte évoquant l'urgence.

Dans le cas particulier, il est intéressant de relever l'existence d'antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires, en particulier la coronaropathie relativement précoce chez le père qui pourrait faire évoquer une hypercholestérolémie familiale. Parmi les antécédents personnels, et toujours dans la perspective d'une maladie coronarienne, le médecin doit épinglez les facteurs de risque classiques d'athérosclérose (âge, sexe masculin, tabagisme, hypertension artérielle, diabète). La recherche, par un interrogatoire minutieux, d'événements anciens ou récents pouvant faire évoquer des atteintes vasculaires en relation avec une athérosclérose déjà symptomatique, est certainement utile. C'est le cas si le patient mentionne une histoire d'angor d'effort, de claudication intermittente ou encore d'accidents ischémiques transitoires. Ici, les antécédents d'artériopathie périphérique sont évidemment importants à noter car la plupart des patients diabétiques de type 2 avec cette problématique présentent également des lésions coronaires d'athérosclérose plus ou moins sévères.

2) Indiquez quels éléments anamnestiques vous paraissent particulièrement importants à faire préciser concernant la plainte principale du patient.

Le questionnement doit se faire avec une suite logique et, dans un premier temps, se focaliser sur la plainte principale du patient. Chaque question doit être sous-tendue par une arrière-pensée diagnostique. En posant la question, le praticien anticipe une réponse qui doit amener une autre question complémentaire sur le même sujet. Il faut éviter de changer de thématique tant que l'on n'a pas le sentiment d'avoir épuisé le sujet (même si on peut toujours revenir plus tard sur ce symptôme s'il s'avère intéressant). Lors de l'interrogatoire, il faut éviter de passer sans cesse «du coq à l'âne», une erreur sou-

vent rencontrée chez les étudiants en médecine débutant dans cet exercice difficile. En effet, cette absence de ligne de conduite risque d'égarer le praticien dans un dédale diagnostique, véritable labyrinthe duquel il aura toutes les difficultés de sortir avec une hypothèse valable dans un temps raisonnable.

La douleur est une des plaintes principales motivant la consultation médicale d'un malade. Il est indispensable d'en faire préciser toutes les caractéristiques pour orienter au mieux le diagnostic. Le tableau I résume les points essentiels à relever à l'anamnèse devant toute douleur, en particulier thoracique. Ainsi, il est important de faire préciser :

- le siège principal : rétrosternal, précordial, baso-latéral, épigastrique;
- les irradiations éventuelles qui peuvent être assez typiques et donc d'un grand intérêt diagnostique (irradiation vers la mâchoire ou le bras gauche, fortement évocatrice d'une douleur d'origine coronarienne, par exemple);
- le type de douleur : comparable à une brûlure, une piqûre, une pointe, un pincement, un serrement, un écrasement, une oppression, ...;
- l'intensité : légère, modérée, sévère;
- la durée de la douleur : quelques secondes, minutes, heures, jours;
- le moment d'apparition de la douleur, horaire spécifique, évolution dans le temps;
- les éventuelles circonstances déclenchantes ou aggravantes (effort, position corporelle, respiration, prise d'un repas) ou, au contraire, soulageant la douleur;
- l'historique de la douleur : douleur déjà vécue (récidive) ou douleur *de novo*;
- le mode de terminaison : disparition spontanée ou après prise d'un médicament antalgique général (paracétamol) ou spécifique (dérivé nitré);
- les éventuels symptômes d'accompagnement (voir ci-dessous).

TABEAU I. ÉLÉMENTS IMPORTANTS À RECUEILLIR À L'ANAMNÈSE POUR CARACTÉRISER UNE DOULEUR

- Siège principal, irradiations éventuelles
- Type, genre
- Intensité, durée
- Moment d'apparition, horaire et évolution dans le temps
- Facteurs/positions qui favorisent ou soulagent
- Historique (douleur inaugurale ou récidive)
- Résolution, mode de terminaison
- Symptômes d'accompagnement

La simple caractérisation précise de la douleur permet souvent au médecin expérimenté de faire le diagnostic différentiel entre une douleur d'origine cardiaque, pleuro-pulmonaire, oesophagienne ou pariétale.

Dans le cas particulier de la vignette clinique, l'anamnèse faite par le médecin permet de préciser rapidement qu'il s'agit d'une douleur constrictive relativement intense, à localisation prédominante rétrosternale, avec également gêne douloureuse dans les mâchoires, survenue spontanément et durant depuis au moins 30 minutes. Le patient n'a jamais ressenti une telle douleur auparavant. Cette forme de douleur apparaît typique d'une douleur coronarienne et sans doute même d'un syndrome coronarien aigu. Un angor typique témoigne d'une coronaropathie ... jusqu'à preuve du contraire (9).

La méthodologie d'interrogatoire minutieux, rappelée ici pour la caractérisation d'une douleur, peut être appliquée à d'autres plaintes, sources fréquentes de consultation médicale comme la fatigue, la fièvre, ...

3) Indiquez quels éléments connexes accompagnant éventuellement la douleur sont importants à rechercher à l'anamnèse.

Un symptôme est rarement isolé et le patient rapportera souvent des plaintes multiples. Une anamnèse performante devra faire le tri entre celles *a priori* triviales (anecdotiques), qui risquent de faire égarer le praticien dans son interprétation des faits, et celles qui, au contraire, sont particulièrement intéressantes pour faire progresser le diagnostic, parfois de façon déterminante.

Les symptômes d'accompagnement peuvent précéder la douleur, être concomitants ou survenir secondairement. Ils peuvent être très variés, mais souvent ils sont très instructifs pour l'orientation diagnostique. Par ailleurs, ils sont extrêmement utiles pour déterminer le caractère d'urgence à accorder à cette douleur, caractère qui sera généralement conforté par l'examen clinique (présence de signes évocateurs d'un état de choc, par exemple).

Le tableau II donne quelques symptômes d'accompagnement à rechercher en cas de douleur thoracique. Un symptôme d'accompagnement pouvant être rencontré est la dyspnée et celle-ci doit alors être intégrée dans le diagnostic différentiel, comme discuté dans une vignette diagnostique précédente (10). Contrairement à la douleur isolée où l'examen clinique est souvent peu contributif, ce dernier est assez souvent révélateur en cas de dyspnée.

Dans le cas particulier de l'histoire clinique rapportée, la présence de nausées, de sudations et d'une sensation de faiblesse, accompagnant la douleur typique, fait évoquer le diagnostic de nécrose myocardique et doit inciter le médecin à une prise en charge appropriée d'urgence, en l'occurrence le transfert médicalisé vers un hôpital apte à, éventuellement, proposer d'emblée une angioplastie coronaire. Ici, l'histoire clinique antérieure, la douleur caricaturale et les symptômes d'accompagnement étaient assez typiques, mais le diagnostic différentiel peut parfois s'avérer beaucoup plus difficile. Dans ces circonstances, l'objectif du médecin de première ligne est, avant tout, de ne pas passer à côté du diagnostic d'une pathologie curable mais potentiellement létale si elle n'est pas diagnostiquée et traitée correctement (citons, outre le syndrome coronarien aigu, l'embolie pulmonaire, la dissection aortique, la péricardite aiguë, ...) (11).

4) Décrivez brièvement ce qu'on appelle, dans l'anamnèse médicale, une approche analytique et une approche syndromique

L'anamnèse analytique est la technique de recueil des symptômes élémentaires selon une approche systématique. Elle peut être générale, recherchant tous les symptômes traduisant un dysfonctionnement de chacun des grands systèmes (cardiovasculaire, respiratoire, digestif, nerveux, ostéo-articulaire, endocrinien, ...) ou orientée, c'est-à-dire ciblée sur l'organe ou le système *a priori* impliqué dans la plainte principale. Ce type d'anamnèse est assez fastidieux et consomme pas mal de temps. Il est souvent un passage obligé dans le processus d'apprentis-

TABLEAU II. AUTRES SYMPTÔMES D'ACCOMPAGNEMENT D'UNE DOULEUR THORACIQUE/ÉPIGASTRIQUE IMPORTANTS À RECUEILLIR À L'ANAMNÈSE POUR ORIENTER LE DIAGNOSTIC

Symptômes associés	Orientation diagnostique
Dyspnée	Embolie pulmonaire Pneumothorax Insuffisance cardiaque gauche
Hémoptysie	Embolie pulmonaire
Nausées/vomissements	Infarctus du myocarde
Fièvre	Pneumonie Pleurésie Péricardite
Signes généraux (sudations, pâleur)	Infection pulmonaire Pré-choc
Lipothymies Faiblesse majeure	Choc débutant

sage de l'étudiant en médecine, mais devra assez rapidement être optimisé avec l'expérience progressivement acquise. Pour gagner en efficacité, il est important de «contextualiser» l'approche (par exemple, orienter l'anamnèse en fonction de l'âge, du sexe, de circonstances particulières, ...).

L'anamnèse syndromique est la stratégie visant à rassembler et intégrer les symptômes (et éventuellement les signes cliniques) pour aboutir à un syndrome qui finalement caractérisera une maladie plus ou moins complexe. Dans certains cas, l'orientation diagnostique restera hypothétique mais, dans d'autres, l'approche syndromique aboutira à une description caricaturale qui sera pathognomonique et donnera le diagnostic. L'approche syndromique, contrairement à l'approche analytique, est donc déjà un exercice d'interprétation des données recueillies. Elle s'avère, dès lors, plus difficile et réclame à la fois savoir et savoir-faire. Le processus d'apprentissage de l'étudiant doit le faire évoluer, plus ou moins rapidement, d'une approche analytique stricte vers une approche syndromique, la seule véritablement performante sur le plan diagnostique.

A titre d'exemple et toujours dans le cas du diagnostic différentiel des douleurs thoraciques, la triade douleur-dyspnée-palpitations (tachycardie) doit faire évoquer le diagnostic d'embolie pulmonaire. S'il existe un contexte fébrile associé, le diagnostic de pneumonie devra être exclu. Dans le cas particulier de la vignette clinique, l'association d'un profil à haut risque cardiovasculaire, d'une douleur typique et de symptômes autonomes associés ne laisse guère de doute quant au diagnostic de syndrome coronaire aigu (tableau III).

TABLEAU III. ÉLÉMENTS ANAMNÉSTIQUES ORIENTANT VERS UN SYNDROME CORONAIRE AIGU DANS LE CAS DE LA VIGNETTE CLINIQUE PRÉSENTÉE

Anamnèse	Description
Antécédents familiaux	Père avec coronaropathie précoce
Antécédents personnels	Cumul de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire Notion d'artériopathie des membres inférieurs
Caractéristiques de la douleur	Dominance rétrosternale Irradiation vers mâchoire Constrictive, intense et prolongée
Plaintes associées	Faiblesse, lipothymie Nausée/vomissement Sudation

CONCLUSION

L'anamnèse est une étape capitale à très grande rentabilité diagnostique lorsqu'elle est conduite par un médecin habile et expérimenté. Il s'agit cependant d'un processus fragile, où la subjectivité du médecin et du patient est évidente, avec donc un risque d'orientation diagnostique erronée si on n'y prend garde. Par ailleurs, cette activité intellectuelle, qui peut prendre du temps sans être bien rémunérée, a été minimisée, à tort, au profit de la pléthore d'examen techniques très souvent coûteux et parfois tout à fait inutiles s'ils sont mal orientés. Idéalement, ceux-ci ne devraient être prescrits que sur la base d'une présomption diagnostique plus au moins forte s'appuyant sur l'anamnèse et l'examen clinique, dans une démarche médicale globale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moonen G, Scheen AJ.— Editorial. La vignette diagnostique de l'étudiant : apprentissage au raisonnement diagnostique. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 46-48.
2. Novack DH, Dubé C, Goldstein MG.— Teaching medical interviewing. A basic course on interviewing and the physician-patient relationship. *Arch Intern Med*, 1992, **152**, 1814-1820.
3. Anderson RC, Fagan MJ, Sebastian J.— Teaching students the art and science of physical diagnosis. *Am J Med*, 2001, **110**, 419-423.
4. Cambier J. Relatif à l'enseignement de la sémiologie dans les deux premiers cycles des études médicales. *Bull Acad Natl Med*, 1998, **182**, 767-772.
5. Scheen AJ.— Comment je traite... De la pharmacologie spéciale à la thérapeutique médicale : plaidoyer pour un enseignement privilégiant l'apprentissage au raisonnement thérapeutique, de la décision à la prescription. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 811-816.
6. Feddock CA.— The lost art of clinical skills. *Am J Med*, 2007, **120**, 374-378.
7. Krempf M, Merault JM.— Douleur thoracique. Orientation diagnostique. *Rev Prat*, 1998, **48**, 1491-1495.
8. Woo KM, Schneider JL.— High-risk chief complaints I: chest pain--the big three. *Emerg Med Clin North Am*, 2009, **27**, 685-712.
9. Kulbertus H.— Angor typique = coronaropathie ... jusqu'à preuve du contraire. *Rev Med Liège*, 2002, **57**, 263-6.
10. Louis R.— La vignette diagnostique de l'étudiant. La dyspnée. *Rev Med Liège*, 2011, **66**, 503-506.
11. Winters ME, Katzen SM.— Identifying chest pain emergencies in the primary care setting. *Prim Care*, 2006, **33**, 625-642.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU de Liège, Belgique.