

**société  
française  
médecine  
générale**

**n° 41**  
**Octobre 1992**

**DOCUMENTS  
DE RECHERCHES  
EN MEDECINE GENERALE**

**Nous adressons ces documents à environ 500 personnes, dans le but de diffuser les recherches fondamentales et cliniques en médecine générale.**

**La liste des abonnés comprend des chercheurs en médecine générale et en sciences sociales, des administrateurs des institutions de recherche, des gestionnaires de structures médico-sociales et industrielles concernés par notre discipline.**

**Faites-nous parvenir les adresses de ceux qui voudraient recevoir cette publication.**

**S.F.M.G. Société Scientifique  
29 avenue du Général Leclerc 75014 PARIS**

# **DICTIONNAIRE DE MEDECINE GENERALE**

**DEFINITIONS SEMIOLOGIQUES DES ETATS PATHOLOGIQUES**

**LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTRES**

**EN MEDECINE GENERALE**

**SOCIETE FRANÇAISE DE MEDECINE GENERALE**

**29, avenue du Général Leclerc 75014 PARIS**

**Octobre 1992**

*Je conçois les théories scientifiques comme autant  
d'inventions humaines, comme des filets créés  
par nous et destinés à capturer le monde...  
Ces théories ne sont jamais des instruments parfaits.  
Ce sont des filets rationnels créés par nous, et elles ne  
doivent pas être confondues avec une représentation  
complète de tous les aspects du monde réel, pas même si  
elles sont très réussies, ni même si elles semblent donner  
d'excellentes approximations de la réalité.*

*Karl Popper  
l'univers irrésolu*

**COMITE DE REDACTION**

Docteur Pascal CLERC

Docteur Pierre FERRU

Docteur André FLACHS

Docteur Jean FOEX

Docteur Jean Claude HUBER

Docteur Philippe JACOT

Docteur Boris MINSKY KRAVETZ

Docteur François MOREL

Docteur Guy SALFATI

Docteur Robert SOURZAC

Docteur Serge VANDENBOSSCHE

Docteur Gérard VERY

Docteur André VIEL

**ONT EGALEMENT PARTICIPE A L'ELABORATION DES DEFINITIONS**

Docteur Jacqueline AKOUN CORNET

Docteur Jérôme ANDRAL

Docteur Philippe AUBOURG

Docteur Didier BEGUIN

Docteur BERTHELOT

Docteur Michel BRUNEL

Docteur Jacques CHARON

Docteur Anne Marie CHESNEAU

Docteur Jean de COULIBOEUF

Docteur Bernard DEGORNET

Docteur Noëlle DIEHL

Docteur Jean Baptiste FORNARI

Docteur Jean Noël MICHE

Docteur Oscar ROSOWSKY

Docteur Annick VINCENT NOBLANC

Docteur Bernard VINCENT

## OBJET ET CONTENU DU DICTIONNAIRE

La persévérance de la Société Française de Médecine Générale dans sa volonté de définir **un langage commun** pour l'ensemble des médecins généralistes aboutit aujourd'hui à la publication de la première partie de ce dictionnaire.

Cette obstination est justifiée. Elle correspond aux objectifs inscrits dans les statuts de notre Société Scientifique, créée il y a bientôt 20 ans. Elle répond également à la nécessité de conférer aux praticiens de la Médecine Générale une véritable **identité professionnelle**.

Si la recherche a pour but de découvrir, elle implique d'abord de **pouvoir communiquer**. Le langage, vecteur de la communication des idées et des faits, est en même temps le premier objet de la recherche et, partant, de l'enseignement.

L'absence de communauté de langage est-elle si totale et si nécessaire que s'impose la **création de toutes pièces** d'un dictionnaire de la Médecine Générale ? Quelle est alors l'ampleur d'une telle entreprise ?

A ces deux questions nous tentons de répondre dans un bref chapitre décrivant ce qu'il est convenu d'appeler **l'état de la question**.

Ensuite sont présentés les termes techniques et signes conventionnels dont la connaissance permet le bon usage du dictionnaire.

Puis viennent les **définitions**, ici au nombre de 24. Les prochaines éditions proposeront de nouvelles définitions ainsi que la mise à jour des premières.

Le dictionnaire de la Médecine Générale est l'**oeuvre collective** des médecins de la Société Française de Médecine Générale. Notre vœu est que le plus grand nombre de nos confrères le reconnaissent comme un outil utile dans leur pratique. Nous sommes pourtant conscients de l'inévitable imperfection d'un ouvrage nouveau qui devra faire l'objet de remaniements réguliers.

Cependant, en fixant notre réflexion dans ce premier fascicule, nous espérons susciter les **réactions et critiques** de nos lecteurs. Nous y verrons une marque d'intérêt et d'encouragement. Nous en attendons le plus grand bénéfice pour faire progresser ensemble ce dictionnaire dans le sens de ses objectifs.

## LA PROBLEMATIQUE DU DIAGNOSTIC EN MEDECINE GENERALE

Le "diagnostic" serait-il le premier devoir du médecin ?

La formation médicale initiale et la doctrine qui en est la source pourraient le laisser croire, qui érigent le diagnostic en véritable **dogme**. Pilier de la classique triade *signes-diagnostic-traitement*, il est l'étape incontournable sur le chemin de la décision.

"*Pas de traitement sans diagnostic !*" apprennent les étudiants; "*Pas de traitement sans diagnostic !*" doivent encore admettre les praticiens qui suivent une formation médicale continue. Avant toute décision thérapeutique, ils devraient donc répondre à des questions telles:

Quel agent pathogène se cache derrière ce syndrome fébrile ?  
 Quelle lésion est à l'origine de cette douleur atypique de la région inguinale ?  
 Pourquoi ce patient est-il constipé ?  
 A quelle affection correspond ce mal de gorge apparemment isolé ?

Quant à l'expression de ces diagnostics, quant aux mots qui permettent de les dénommer, les étudiants et les médecins sont censés les trouver dans la seule classification universellement reconnue et enseignée: la **Classification Internationale des Maladies (C.I.M.)**<sup>1,2</sup>.

Conçue en 1900 pour relever et dénombrer les causes de décès, elle est bien le modèle d'application de ce qui précède: en effet, l'autopsie devrait permettre d'étiqueter assez précisément les états morbides observés !

Par définition, nous ne pouvons qualifier de *diagnostics* que les états pathologiques dont la relation avec un concept nosologique précis est établie de façon convaincante<sup>3</sup>, telle une appendicite après intervention et examen anatomo-pathologique.

Or, en médecine générale, les affections aussi précisément identifiées ne représentent que **5 pour cent** de la pathologie prise en charge par les praticiens<sup>4,5</sup>.

Pour le médecin généraliste, le diagnostic n'a donc pas, du fait de sa rareté, la fonction opérationnelle que lui accordent l'enseignement et la doctrine.

Se pose alors la question qui est au centre de la problématique de la médecine générale: quelle est la nature de ces entités sémiologiques ne correspondant pas à des "diagnostics exacts" et qui constituent l'essentiel de notre pratique ?

1 ICD-9: International Classification of Diseases, Organisation Mondiale de la Santé, 9ème révision, Genève 1975

2 M.GIRARDIER: "La classification internationale des maladies de l'OMS est-elle praticable en médecine générale ?", Revue du Praticien-Médecine Générale, n°138, 20 Mai 1991

3 M.GARNIER et V.DELAMARE, Dictionnaire des termes techniques de Médecine, 19ème édition, Librairie MALOINE, PARIS

4 B.VINCENT, O.ROSOWSKY: les pratiques d'orientation en médecine générale, document de recherche n°35-36, SPMG 1990

5 R.SOURZAC, G.VERY: "l'ABC du diagnostic en médecine générale", Revue du Praticien-Médecine Générale, n°132, 25 Mars 1991

## Elargir le cadre diagnostique en médecine générale

L'une des spécificités de la pratique généraliste est la variété de la demande <sup>6</sup>. Son corollaire est la nécessité de **répondre aux exigences de toutes les situations**, y compris celles pour lesquelles le dogme du diagnostic est mis en échec <sup>7</sup> : un syndrome associant diarrhée et vomissements, une arthropathie non caractéristique, une éruption dans un contexte fébrile.

En tant que résultats du processus diagnostique mis en oeuvre au cours de la consultation, ces entités ont pour le praticien, la même valeur que la constatation des maladies exactes.

Reste à désigner ces états "non diagnostiqués".

Chaque praticien construit ainsi sa propre nomenclature des symptômes et syndromes ne correspondant pas à une maladie caractérisée. Cette nomenclature évolue avec l'expérience du médecin qui, peu à peu, met au point des routines diagnostiques et décisionnelles qui lui sont propres.

La formation **autodidacte** des médecins généralistes, acquise sous la contrainte des réalités, n'est pas incompatible avec une pratique de qualité. Pour le praticien, en effet, il importe avant tout de connaître le but à atteindre et les moyens dont il dispose pour ce faire. La description de la situation de départ, sa dénomination, passe alors au second plan.

Elle est en revanche fondamentale dès lors qu'il s'agit de **communiquer une expérience**, de collecter des données standardisées, de rapprocher des points de vue, de créer un corpus de connaissances propres à une discipline.

Comment discuter, par exemple, les différentes prises en charge de la rhinopharyngite, si les intervenants ont chacun leur propre définition de cette affection ?

Or parmi les nombreux articles traitant de cette question, combien commencent par une **définition sémiologique** de la rhinopharyngite ? Vérifier la concordance des points de vue des médecins sur ce sujet serait probablement riche d'enseignements <sup>8</sup>.

Depuis quelques décennies, des médecins généralistes ont donc tenté d'amender la C.I.M. pour la faire correspondre à leur pratique <sup>9,10</sup>. Cependant, des travaux récents démontrent que l'adaptation des classifications existantes n'est pas la solution au problème posé par l'étude du champ spécifique de la médecine générale <sup>11,12</sup>.

C'est à partir de ce même constat que Robert BRAUN inventa le concept de "résultat de consultation".

<sup>6</sup> "Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en Médecine Générale praticienne": rapport contrat C.N.A.M.T.S., I.N.S.E.R.M., S.F.M.G., 1979

<sup>7</sup> Service des statistiques, des études et des systèmes d'information du Ministère des affaires sociales et de la solidarité, N°22, Juillet 1986: Etude de la médecine de ville, comparaison des enquêtes

<sup>8</sup> W.P.LOGAN and Col: une étude des fiches cliniques de 8 praticiens d'avril 1951 à mars 1952, General Reg.Office, études de sujets médicaux et populations, n°7

<sup>9</sup> International Classification for Health Primary Care, Royal College of General Practitioners, 1ère édition, 1976

<sup>10</sup> H.LAMBERTS: International Classification of Primary Care, Université d'Amsterdam, Institut voor Huisartsgeneeskunde, juin 1985

<sup>11</sup> Jérôme ANDRAL: "une nouvelle taxinomie en Médecine Générale", thèse de Doctorat, Faculté de Paris-Sud, Mars 1987

<sup>12</sup> M.VALLADE-TRABELSI: "Etude critique de l'utilisation du code OMS pour la morbidité ressentie: à propos d'une enquête menée avec 55 généralistes d'Aquitaine", thèse de Doctorat, Bordeaux 1983.

## Quatre positions diagnostiques équivalentes

Après avoir observé sa propre pratique de la médecine générale (en Autriche dans les années 1950 à 1980), R.N.BRAUN eut le grand mérite de mettre en évidence la problématique de sa profession: une formation universitaire centrée sur la notion de diagnostic et une pratique confrontée à la quasi absence de diagnostic.

Cherchant à définir les bases d'une médecine générale scientifique, R.N.BRAUN s'est attaché à décrire ces situations ne correspondant pas à des "états diagnostiqués". Il les désigna sous le vocable de "Beratungsergebnisse", néologisme germanique que l'on peut traduire par "**résultats de consultation**"<sup>13</sup>.

Cette expression ne concerne que la **dénomination des états pathologiques**. Elle ne préjuge en rien de la nature de la séance (consultation ou visite à domicile) ni des décisions prises au delà de la simple dénomination (examens complémentaires, recours aux spécialités médicales, thérapeutique).

Il s'agit uniquement, comme pour les diagnostics proprement dits, de mettre une "étiquette" et une seule sur la situation observée à la fin de la consultation de médecine générale.

R.N.BRAUN classe ces résultats de consultation selon quatre positions dont nous indiquons ici la fréquence relative<sup>14,15,16</sup>:

- la classe des "**signes cardinaux**" (35 %): une épigastralgie sans autres constatations, une hyperleucocytose isolée;
- la classe des "**groupes de symptômes ou syndromes**" (35 %): une toux avec fièvre et écoulement nasal, sans autres éléments notables;
- la classe des "**tableaux de maladie**" (25 %): une varicelle caractérisée par l'éruption papulo-vésiculo-croûteuse, mais à laquelle manque la confirmation virologique;
- A ces trois positions s'ajoutent les "**diagnostics médicaux complets**", représentant seulement 5 pour cent des problèmes posés au généraliste: une pneumonie caractérisée par des signes cliniques, radiologiques, et la présence du pneumocoque dans l'expectoration.

Un bouchon de cérumen est également un diagnostic confirmé.

13 Robert N.BRAUN: *Pratique, critique, et enseignement de la Médecine Générale*, Payot, Paris 1979

14 B.VINCENT, O.ROSOWSKY: *les pratiques d'orientation en médecine générale*, document de recherche n°35-36, SFMG 1990

15 R.SOURZAC, G.VERY: "l'ABC du diagnostic en médecine générale", *Revue du Praticien-Médecine Générale*, n°132, 25 Mars 1991

16 Adolf SONNLEITNER: "De la nature actuellement individuelle des dénominations pour les résultats de consultation en Médecine Générale. Effets sur les calculs de fréquence statistique en Médecine Générale", mémoire en vue de l'accession au grade de Docteur en Médecine, Vienne 1986

## Positions stables et efficaces dans la pratique

Ces quatre positions ne sont en rien quatre "niveaux de diagnostic".

Symptôme isolé ou tableau de maladie, syndrome non caractéristique ou diagnostic, les résultats de consultation ont une **valeur équivalente** pour le médecin généraliste: ils sont le point de départ, le support du processus qui aboutira à la décision<sup>17</sup>.

Par ailleurs, lorsqu'une situation diagnostique observée à la fin d'une consultation correspond à la position du signe isolé ou du groupe de symptômes, elle a toutes les chances de rester dans la même catégorie lors des consultations suivantes.

Certes une fièvre, symptôme isolé aujourd'hui, peut être le premier signe d'une varicelle dont le tableau clinique sera évident deux jours plus tard. De même, cette constipation sans aucun signe objectif à l'examen, peut être la première manifestation d'un cancer du colon.

Néanmoins, la fréquence de ces "**révisions diagnostiques**"<sup>18</sup> s'avère extrêmement faible, ne représentant qu'un pour cent de nos résultats de consultation<sup>19,20</sup>. Un syndrome non caractéristique a donc toutes les chances de le rester.

Cependant, le **risque** potentiel de chaque situation doit être pris en compte à la fin de chaque consultation.

Son existence ne modifie en rien le choix de la dénomination (une fièvre isolée est une fièvre isolée) mais doit avoir des répercussions sur le processus décisionnel<sup>21</sup>.

CORRESPONDANT A UNE REALITE ET FAISANT PREUVE DE SON EFFICACITE DANS  
LA PRATIQUE QUOTIDIENNE, LE CONCEPT DE RESULTAT DE CONSULTATION,  
LOIN D'ETRE UNE POSITION D'ATTENTE, EXERCE EN MEDECINE GENERALE  
LA FONCTION QUE LE DIAGNOSTIC ASSURE ACTUELLEMENT DANS  
L'ENSEIGNEMENT ET LA LITTERATURE MEDICALE.

Nous devons donc connaître ces situations "non diagnostiquées", les décrire pour les dénombrer.

Mais **combien de termes** faudra-t-il pour désigner de façon discriminante les éléments qui constituent la matière de l'activité du généraliste, souvent qualifié de médecin omnipraticien ?

<sup>17</sup> R.SOURZAC: "SNCF: c'est possible", Panorama de Médecin, 30 Juin 1989

<sup>18</sup> R.SOURZAC: Proposition de représentation tridimensionnelle des résultats de séance en médecine générale, thèse de Doctorat, Faculté de Limoges, Déc 1987

<sup>19</sup> B.VINCENT, "Evolution des résultats de consultation en médecine générale: un taux de révisions diagnostiques très faible", Revue du Praticien-Médecine Générale, n°136, 29 Avril 1991

<sup>20</sup> R.SOURZAC et G.VERY: Relevé en continu de 25.555 résultats de consultation en médecine générale, 1988-1991, étude non publiée

<sup>21</sup> Voir ci-dessous page 13: "risque à prendre en compte"

## 100 à 200 dénominations significatives

La réponse à cette question diffère selon que l'on étudie l'activité d'un seul ou de plusieurs praticiens.

De récentes enquêtes<sup>22,23,24,25</sup>, dont les résultats sont convergents, montrent en effet qu'un médecin généraliste utilise 250 à 300 résultats de consultation différents au cours d'une année.

Seules les 50 à 100 plus rares de ces dénominations varient d'un médecin à l'autre et, pour un même médecin, d'une année à l'autre.

Par ailleurs ces résultats de consultation les plus rarement observés concernent essentiellement des tableaux de maladie et des diagnostics complets, pour lesquels le langage commun est théoriquement acquis dès la fin des études médicales.

A l'inverse, les **150 dénominations les plus fréquemment utilisées**:

- représentent **90 pour cent de l'ensemble** de la pathologie prise en charge;
- sont pour la plupart **communes à tous les médecins** ayant participé aux études citées;
- concernent principalement des signes ou syndromes correspondant à des situations sémiologiques **actuellement mal définies**, pour lesquelles existe une grande dispersion quant à leur dénomination.

Ainsi, l'activité du médecin généraliste peut-elle être décrite avec un nombre fini et réduit de termes. Cette découverte a deux conséquences immédiates:

Premièrement, la médecine générale n'est pas une "omnipratique" mais bien **une discipline à part entière**.

Deuxièmement, décrire les éléments constitutifs de cette discipline n'est pas oeuvre impossible.

Nous devons nous appliquer à cette tâche, en définissant les mots qui permettront aux praticiens de communiquer entre eux sans ambiguïté de langage.

C'est l'ensemble des définitions sémiologiques de ces résultats de consultation qui constitue le **dictionnaire de la médecine générale**.

22 Adolf SONNLEITNER: "De la nature actuellement individuelle des dénominations pour les résultats de consultation en Médecine Générale. Effets sur les calculs de fréquence statistique en Médecine Générale", mémoire en vue de l'accession au grade de Docteur en Médecine, Vienne 1986

23 Contrat Société Française de Médecine Générale (O.ROSOWSKY), Direction Générale de la Santé: étude des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans la pratique quotidienne du généraliste, convention d'étude n°16.9007

24 D.LANDOLT-THEUS, "Etude statistique complète des malades vus en un an dans un cabinet de médecine générale", Document de recherche en médecine générale n°30, 1988

25 R.SOURZAC et G.VERY: Relevé en continu de 25.555 résultats de consultation en médecine générale, 1988-1991, étude non publiée

## COMPRENDRE LES DEFINITIONS

### I . DESCRIPTIF DES DEFINITIONS ET TERMES UTILISES

Les définitions de ce dictionnaire sont présentées selon une maquette commune comportant:

- . le titre
- . le choix des positions diagnostiques
- . les critères d'inclusion
- . les exclusions
- . les risques à prendre en compte

#### A . TITRE DE LA DEFINITION

Il s'agit de la dénomination du "Résultat de consultation".

Exemples:

- EPIGASTRALGIE
- ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE
- OTITE MOYENNE AIGUE
- BOUCHON DE CERUMEN

#### B . POSITION DIAGNOSTIQUE

Les quatre premières lettres de l'alphabet nous permettent de coder les positions diagnostiques décrites plus haut:

- A pour les signes cardinaux
- B pour les groupes de symptômes ou syndromes
- C pour les tableaux de maladie
- D pour les diagnostics "certifiés"

Nous rappelons, dans cette rubrique, qu'une même dénomination peut recouvrir des tableaux sémiologiques plus ou moins complets, et donc accepter plus d'une position diagnostique.

Exemples:

#### ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE / A B

Cette dénomination correspond le plus souvent à l'association de plusieurs critères diagnostiques: fièvre, malaise général, signes respiratoires non spécifiques, etc...

Elle est alors suivie de la lettre "B" correspondant au syndrome.

Parfois, la sémiologie observée est réduite à un signe isolé: la fièvre. C'est alors la lettre "A" qu'il faut choisir pour caractériser la situation diagnostique.

Néanmoins, il arrive que le choix n'existe pas:

## MAL DE GORGE / A

Le MAL DE GORGE, lorsqu'il joue le rôle de résultat de consultation, est toujours un symptôme isolé et sera noté en position "A".

# C . INCLUSIONS

## 1. Définition et objectifs

Certains critères diagnostiques sont nécessaires et suffisants pour classer le cas sous la dénomination correspondante.

Ces critères sont exclusivement sémiologiques: les plaintes apportées par le patient et celles retrouvées par l'interrogatoire, les signes cliniques objectifs, les résultats d'examens complémentaires.

Tous ces éléments **réunis en cours de consultation**, permettent d'inclure le cas dans une rubrique diagnostique et une seule.

Simultanément, certaines constatations sémiologiques permettent d'exclure un ou plusieurs autres résultats diagnostiques envisagés.

Ce système d'inclusions-exclusions a pour but d'aboutir à mettre **une "étiquette" et une seule**, sur chaque cas étudié: MAL DE GORGE, SINUSITE, VARICELLE, PLAIE CUTANEE, etc...

En résumé:

a) La définition doit être assez sensible pour recouvrir tous les états pathologiques correspondant à la dénomination concernée: **la sensibilité permet d'éviter les "faux négatifs"**.

b) Elle doit également être spécifique, c'est à dire correspondre seulement aux états pathologiques qu'elle est censée recouvrir: **une définition spécifique permet d'éviter les "faux positifs"**.

c) Ainsi se construit **une vraie communauté de langage**.

## 2. Hiérarchie des termes utilisés

La fréquence avec laquelle on observe les différents critères d'inclusion d'un résultat de consultation est variable.

Ainsi, certains critères de la définition doivent être obligatoirement présents dans l'état pathologique observé pour pouvoir classer ce dernier sous la dénomination en question. Ils sont **discriminants**.

D'autres sont facultatifs, et viennent enrichir la description de l'état pathologique défini. Ils peuvent être inclus sous la dénomination choisie, ce qui évite la dispersion des signes dans des résultats diagnostiques distincts.

Des symboles simples permettent de systématiser cette hiérarchie des éléments sémiologiques de la définition:

++++ signifie "AVEC"

Critères d'inclusion OBLIGATOIRES pour classer le cas sous cette dénomination

Ex: ANGINE

++++ amygdale(s) enflammée(s)

++x ||- signifie "ET/OU"

Présence obligatoire d'au moins x (1, 2, 3 ou plus) des critères reliés par le signe ||-

Au moins l'un des signes doit être présent:

Ex: HYPERLIPIDEMIE

++1 ||- augmentation cholestérolémie

++1 ||- anomalies taux lipoprotéines

++1 ||- augmentation triglycéridémie

Au moins deux critères sont obligatoires:

Ex: MIGRAINE

++++ Mal de tête durant de 4 à 72 heures

++2 ||- unilatéral

++2 ||- pulsatile

++2 ||- modéré ou sévère (et non "léger")

++2 ||- aggravé par les activités physiques

+ - signifie "AVEC OU SANS"

Critères non discriminants, pouvant être présents ou non dans le tableau décrit.

Ex: ANGINE

+ - fièvre

La fièvre, bien que non obligatoire, peut faire partie du tableau de l'ANGINE, et ne doit pas être retenue comme un résultat de consultation à part entière.

Dans les exemples ci-dessus n'est reproduit qu'une partie de chaque définition citée. Le lecteur devra se reporter au texte intégral pour juger ces définitions dans leur ensemble.

## D . EXCLUSIONS

Ce sont les dénominations dont les critères d'inclusion ne correspondent pas exactement avec ceux retenus pour le résultat de consultation concerné, mais dont la similitude avec ce dernier mérite que l'attention du praticien se porte sur leur définition.

Exemple: PHARYNGITE

Exclusions:

- ANGINE, dont le tableau sémiologique est très proche. Mais dans la pharyngite seul le pharynx est enflammé, les amygdales étant respectées (voire absentes).

- MAL DE GORGE: il s'agit là d'un symptôme isolé. L'absence d'inflammation notable du pharynx permet de le distinguer de la pharyngite.

Dans les exclusions figurent également la dénomination de certains états morbides que leur fréquence permet d'individualiser au sein d'une rubrique de regroupement.

Exemple:

la NEURALGIE SCIATIQUE, ne sera pas codée NEURALGIE NEVRITE car elle est à elle seule plus fréquente de toutes les autres névralgies. Elle dépasse ainsi le seuil de fréquence qui permet à une dénomination de figurer dans la liste des états pathologiques à définir <sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Voir ci-dessus page 8: "200 dénominations significatives"

## II . RISQUE A PRENDRE EN COMPTE

Chaque consultation médicale comporte un degré variable d'incertitude qui pèse sur la prise de décision <sup>27</sup>:

- Les décisions en complète certitude sont les plus rares en médecine générale.
- Les décisions en complète incertitude sont plus fréquentes dans certaines urgences médicales.
- Les décisions face au risque sont certainement les plus fréquentes dans notre pratique: une démarche prioritaire s'impose alors au médecin en raison du danger potentiel qui pèse sur la situation.

Ce risque à prendre en compte **limite son degré de liberté dans la stratégie décisionnelle.**

Le lecteur estimera peut-être que ces indications vont au delà du caractère simplement discriminant de nos "définitions".

Mais comment proposer une définition de l'ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE sans rappeler ici au praticien que cette fièvre ou ce syndrome, tout atypiques qu'ils soient, peuvent évoluer vers un tableau de maladie nécessitant des mesures spécifiques, parfois urgentes.

Comment décrire le MAL DE GORGE sans insister sur la possibilité que ce signe, certes aujourd'hui isolé, soit le premier symptôme d'une affection en évolution.

Cependant, nous n'avons pas la prétention d'écrire un traité de Médecine.

Notre but est avant tout d'obtenir cette communauté de langage dont nous avons fait notre cheval de bataille et qui nous paraît être le préalable à toute étude des processus décisionnels.

La recherche et la connaissance du risque ne sont que des éléments constitutifs de ce processus.

### III . ETATS NON CARACTERISTIQUES

Bien que déjà évoquée dans la deuxième partie de ce préambule, cette notion, que le lecteur retrouvera fréquemment dans les définitions proposées, doit être précisée ici pour éviter la confusion, voire le contre-sens.

Les dictionnaires nous proposent de nombreux synonymes de l'adjectif "caractéristique" <sup>28 29</sup>. Nous retiendrons ceux qui permettent de saisir le sens qu'il faut lui donner dans nos définitions.

déterminant  
distinctif  
propre  
spécifique

On parle d'état caractéristique dès lors que l'ensemble des signes observés est suffisamment déterminant pour permettre au médecin de distinguer les critères propres à un syndrome ou un tableau de maladie.

A l'inverse, **NON CARACTERISTIQUE ne signifie pas flou**, obscur, vague, incertain.

En effet, nous rappelons qu'il s'agit ici uniquement de dénommer l'objet observé, sans faire d'hypothèse, en s'en tenant à ce qui est certain au moment du choix de la dénomination.

Ceci posé, rien n'est moins imprécis, moins vague, qu'une **ALGIE NON CARACTERISTIQUE**, dès lors qu'elle correspond précisément aux critères discriminants d'une définition.

Aucun flou dans le choix de ce titre, aucune incertitude.

Simplement, comme nous l'avons vu, la nécessité de ne pas méconnaître **le risque**: au delà de la certitude de la dénomination, l'importance d'un risque potentiel peut entraîner la formulation d'hypothèses qui vont influencer la décision.

Dans les titres et textes de nos définitions, "non caractéristique" signifie donc seulement non caractéristique d'un autre état pathologique, d'un autre résultat de consultation.

28 Paul ROBERT: "Le Petit Robert", dictionnaire alphabétique et analytique de la Langue Française, Société du Nouveau Littre

29 "Petit Larousse illustré", Librairie LAROUSSE, PARIS 1987

**PREMIERE EDITION DE 24 TERMES**

ALGIES NON CARACTERISTIQUES  
ANGINE AMYGDALITE  
ARTHROPATHIES PERIARTHROPATHIES  
ASTHENIE FATIGUE  
CONSTIPATION  
CYSTITE CYSTALGIE  
DIABETE SUCRE  
ETAT AFEBRILE NON CARACTERISTIQUE  
ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE  
HYPERGLYCEMIE  
HYPERLIPIDEMIE  
HYPERTENSION ARTERIELLE  
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE  
INSOMNIE  
JAMBES LOURDES  
MAL DE GORGE  
OTITE MOYENNE  
PHARYNGITE  
PYURIE BACTERIURIE  
RHINOPHARYNGITE  
TOUX ISOLEE  
TUMEFACTION MAMMAIRE  
TUMEFACTION NON CARACTERISTIQUE  
VARICES DES MEMBRES INFERIEURS

ALGIES NON CARACTERISTIQUES

INCLUSIONS:

Commentaires :

- ++++ Manifestation douloureuse
- ++1 ||- spontanée
- ++1 ||- provoquée par la palpation
- ++++ bien localisée par le malade
- ++++ non caractéristique

d'un résultat de consultation autre

+ - irradiation

EXCLUSIONS:

MYALGIES SIMPLES  
NEURALGIES NEVRITES  
PRECORDIALGIES NON CARACTERISTIQUES  
OSSALGIE ISOLEE  
CONTUSION

POSITIONS DIAGNOSTIQUES : A B

ANGINE AMYGDALITE

INCLUSIONS:

Commentaires :

++++ Amygdale(s) enflammée(s)

ou loges amygdaliennes

+ - douleur

+ - enduit pultacé

+ - adénopathies loco-régionales

+ - fièvre

ou sensation de fièvre

EXCLUSIONS:

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE

ETAT AFEBRILE NON CARACTERISTIQUE

PHARYNGITE

RHINOPHARYNGITE

PHLEGMON DE L'AMYGDALE

MAL DE GORGE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES : C D

ARTHROPATHIES PERIARTHROPATHIES

INCLUSIONS:

Commentaires :

**++++** Plainte concernant:

- ++1** ||- une articulation
- ++1** ||- plusieurs articulations
- ++1** ||- les éléments périarticulaires

- ++1** ||- douleur à la mobilisation articulaire
- ++1** ||- douleur à la pression

parfois discrète

- + - plainte récidivante
- + - augmentation de volume
- + - aspect inflammatoire
- + - épanchement
- + - mouvements anormaux

rougeur, chaleur

EXCLUSIONS:

ALGIES NON CARACTERISTIQUES  
OSSALGIE ISOLEE  
EPICONDYLITE  
EPAULE DOULOUREUSE (PSH)  
TENOSYNOVITE  
BURSITE HYGROMA  
CERVICALGIES NON CARACTERISTIQUES  
LOMBALGIES NON CARACTERISTIQUES

POSITION DIAGNOSTIQUE : B

ASTHENIE FATIGUE

INCLUSIONS:

++++ Expression de sensations pénibles:

- ++1 ||- fatigue, épuisement
- ++1 ||- fatigabilité, irritabilité
- ++1 ||- tendance dépressive

++++ non caractéristiques

+ - explication évidente

Commentaires:

diminution d'activité

traduite par certains critères d'inclusion dans un syndrome dépressif ("déprime")

d'un résultat de consultation autre

stress, surmenage, affection ou traumatisme récents

EXCLUSIONS:

ANGOISSE

DEPRESSION

NERVOSISME

ETAT AFEBRILE NON CARACTERISTIQUE

POSITION DIAGNOSTIQUE : B

CONSTIPATION

INCLUSIONS:

Commentaires :

++++ Diminution de fréquence des selles

espacées de plus de 48 heures ...

++++ non caractéristique

d'un résultat de consultation autre

+ - selles dures

+ - " fausses diarrhées "

+ - difficulté d'exonération

+ - occasionnelle

alitement, voyage, prise occasionnelle  
de médicaments pouvant entraîner une constipation

+ - ancienne

+ - usage habituel de laxatifs

EXCLUSIONS:

FECALOME

POSITION DIAGNOSTIQUE : A

CYSTITE CYSTALGIE

INCLUSIONS:

Commentaires :

++++ Expression d'une plainte

++1 || brûlures mictionnelles

++1 || pesanteur pelvienne permanente

++++ pollakiurie

++++ absence de douleur lombaire

++++ absence signes infection pelvienne

++++ absence de fièvre

majorées en fin de miction

ou de sensation de fièvre

+ - dysurie

+ - urines troubles

+ - hématurie

+ - pyurie à l'ECBU

+ - germes à l'ECBU

macro ou microscopique

EXCLUSIONS:

POLLAKIURIE ISOLEE

DYSURIE ISOLEE

PYELONEPHRITE AIGUE

PYURIE BACTERIURIE

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE

ETAT AFEBRILE NON CARACTERISITQUE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES: B C D

DIABETE SUCRE

INCLUSIONS:

- +++ ||- glycémie à jeun  $\geq 1,40$ g/l
- +++ ||- glycémie post-prandiale  $\geq 2$  g/l
- +++ ||- HGPO: glycémie  $\geq 2$  g/l à 120 min.
- ++++ mesurée(s) à 2 reprises au moins

Commentaires :

- femme enceinte:  $> 1,05$  g/l
- femme enceinte:  $> 1,40$  g/l
- femme enceinte:  $> 1,40$  g/l

EXCLUSIONS:

HYPERGLYCEMIE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES : C D

ETAT AFEBRILE NON CARACTERISTIQUE

INCLUSIONS:

**++++ Manifestations locales**

+ - malaise général

**++++ non caractéristiques**

**++++ absence de fièvre**

+ - céphalées

+ - courbatures

+ - nez

+ - gorge

+ - larynx

+ - trachée bronches bronchioles

+ - sinus

+ - oreilles

+ - conjonctives

+ - troubles digestifs

+ - troubles urinaires

+ - manifestations cutanées

+ - adénopathies

Commentaires:

abattement, lassitude, inappétence, incapacité au travail

d'un résultat de consultation autre

ou de sensation de fièvre

EXCLUSIONS:

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE

ASTHENIE FATIGUE

POSITION DIAGNOSTIQUE : B

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE

INCLUSIONS:

++++ Fièvre

+ - malaise général

+ - manifestations locales

++++ non caractéristique(s)

+ - céphalées

+ - courbatures

+ - nez

+ - gorge

+ - larynx

+ - trachée bronches bronchioles

+ - sinus

+ - oreilles

+ - conjonctives

+ - troubles digestifs

+ - troubles urinaires

+ - manifestations cutanées

+ - adénopathies

+ - autre(s) manifestation(s)

Commentaires:

ou sensation de fièvre  
si isolée: position diagnostique "A"

abattement, lassitude, inappétence, incapacité au travail,  
enfant "grognon"

d'un résultat de consultation autre

non caractéristiques

EXCLUSIONS:

ETAT AFEBRILE NON CARACTERISITQUE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES : A B

HYPERGLYCEMIE

INCLUSIONS:

- ++1 | - glycémie à jeun  $\geq 1,15$  g/l (adulte)
- ++1 | - glycémie à jeun  $\geq 1,30$  g/l (enfant)
- ++1 | - glycémie post-prandiale  $\geq 1,40$  g/l
- ++1 | - HGPO: glycémie  $\geq 1,40$  g/l à 120 min

++++ non caractéristique(s)

Commentaires:

femme enceinte  $\geq 1,05$  g/l

à partir de 50 ans: +0,10 g/l par décennie

à partir de 50 ans: +0,10 g/l par décennie

d'un résultat de consultation autre

EXCLUSIONS:

DIABETE SUCRE

POSITION DIAGNOSTIQUE : A

HYPERLIPIDEMIE

INCLUSIONS:

Commentaires:

++++ Perturbation métabolique lipidique:

- ++1 | augmentation cholestérolémie
- ++1 | anomalies du taux des lipoprotéines
- ++1 | augmentation triglycéridémie

+ - manifestation clinique spécifique

Arc cornéen, xanthomes, xanthélasma

POSITIONS DIAGNOSTIQUES : A B C D

## HYPERTENSION ARTERIELLE

*Ni spécifiques ni pathognomoniques, les signes associés  
et complications seront relevés séparément.*

### INCLUSIONS:

### Commentaires:

**++++** Elévation de la pression artérielle

au-dessus des normes et dans les conditions  
définies par l'OMS

**++1** ||- systolique  $\geq 140$  mm Hg

**++1** ||- diastolique  $\geq 90$  mm Hg

**NB:** Enfants, adolescents, sujets âgés, femmes enceintes:

Cf. normes en vigueur

POSITION DIAGNOSTIQUE : A

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

INCLUSIONS:

Commentaires:

++++ Chute de tension d'au moins 20mm Hg  
++++ provoquée par changement de position

+ - état vertigineux  
+ - lassitude  
+ - lipothymie  
+ - troubles oculaires

EXCLUSIONS:

VERTIGES ETATS VERTIGINEUX  
MALAISE LIPOTHYMIE  
ASTHENIE FATIGUE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES : A B

INSOMNIE

INCLUSIONS:

- ++++ Réduction du temps de sommeil
- ++++ vécue comme intolérable
- ++++ rupture par rapport aux habitudes
- ++++ non caractéristique
- ++1 ||- endormissement difficile
- ++1 ||- réveils fréquents
- ++1 ||- réveils précoces

Commentaires:

par le patient

d'un résultat de consultation autre

EXCLUSIONS:

DEPRESSION  
ANGOISSE  
PRURIT GENERALISE

POSITION DIAGNOSTIQUE : A

JAMBES LOURDES

INCLUSIONS:

Commentaires:

++++ **Plainte(s) localisée(s) aux jambes:**

++1 | douleur  
++1 | lourdeur  
++1 | paresthésies  
++1 | prurit

picotements, tiraillement, endormissement

++++ majorée(s) par la station debout

++++ diminuée(s) par le repos étendu

++++ absence de varices membres inférieurs

visibles ou palpables

++++ absence d'insuffisance veineuse profonde

objectivée par examens complémentaires  
(Doppler)

+ - bilatérales

+ - oedème

+ - modification de couleur de la peau

+ - induration cutanée

+ - la nuit: tension du mollet, brûlures

+ - douleur à la pression du mollet

EXCLUSIONS:

VARICES DES MEMBRES INFERIEURS

OEDEMES MEMBRES INFERIEURS

THROMBOPHLEBITE

ALGIES NON CARACTERISTIQUES

POSITIONS DIAGNOSTIQUES: A B

MAL DE GORGE

INCLUSIONS:

++++ Douleur isolée de la gorge  
++++ non caractéristique

Commentaires:

spontanée ou à la déglutition  
d'un résultat de consultation autre

EXCLUSIONS:

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE  
ETAT AFEBRILE NON CARACTERISTIQUE  
ANGINE AMYGDALITE  
PHARYNGITE  
RHINOPHARYNGITE  
CANCER  
TROUBLES PSYCHIQUES NON CARACTERISTIQUES  
ANGOISSE  
DEPRESSION

POSITION DIAGNOSTIQUE : A

OTITE MOYENNE

INCLUSIONS:

Commentaires:

++++ Tympan(s) modifié(s)

++1 | rouge  
++1 | mat  
++1 | bombé  
++1 | rétracté  
++1 | phlycténulaire  
++1 | perforé

spontanément ou après paracentèse  
(exclut les traumatismes)

+ - bilatéral

+ - otalgie

+ - otorrhée, otorragie

+ - hypoacousie

+ - fièvre

ou sensation de fièvre

EXCLUSIONS:

OTALGIE ISOLEE

OTITE EXTERNE

TYMPANS SAUF OTITES

RHINOPHARYNGITE

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE

ETAT AFEBRILE NON CARACTERISTIQUE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES : C D

PHARYNGITE

INCLUSIONS:

Commentaires:

**++++ Pharynx enflammé**

- + - douleur
- + - enduit pultacé
- + - adénopathies loco-régionales
- + - fièvre

ou sensation de fièvre

EXCLUSIONS:

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE  
ETAT AFEBRILE NON CARACTERISTIQUE  
ANGINE AMYGDALITE  
RHINOPHARYNGITE  
MAL DE GORGE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES: C D

PYURIE BACTERIURIE

INCLUSIONS:

Commentaires:

++1 || pyurie à l'ECBU  
++1 || bactériurie à l'ECBU  
++++ non caractéristique(s)

d'un résultat de consultation autre

+ - hématurie  
+ - urines troubles

EXCLUSIONS:

CYSTITE CYSTALGIE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES : A B

RHINOPHARYNGITE

INCLUSIONS:

Commentaires:

++++ Rhinorrhée mucopurulente

++1 ||- antérieure bilatérale  
++1 ||- postérieure

++++ rougeur du pharynx

+ - fièvre

ou sensation de fièvre

+ - toux

+ - gêne à la déglutition

+ - sécrétions oculaires purulentes

EXCLUSIONS:

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE

ETAT AFEBRILE NON CARACTERISITQUE

CATARRHE COMBINEE VOIES RESPIRATOIRES

OTITE MOYENNE

ANGINE AMYGDALITE

BRONCHITE AIGUE

PHARYNGITE

RHINITE

SINUSITE

POSITION DIAGNOSTIQUE: B

TOUX ISOLEE

INCLUSIONS:

++++ Symptôme isolé

++++ non caractéristique

d'un résultat de consultation autre

EXCLUSIONS:

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE

ETAT AFEBRILE NON CARACTERISITQUE

CATARRHE COMBINEE VOIES RESPIRATOIRES

RHINOPHARYNGITE

SINUSITE

ASTHME

BRONCHITE AIGUE

BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE

POSITION DIAGNOSTIQUE: A

TUMEFACATION MAMMAIRE

INCLUSIONS:

Commentaires

++++ Masse constatée dans le sein

Impossibilité d'en déterminer  
la nature exacte en fin de séance

++1 | visible  
++1 | palpable  
++1 | découverte par imagerie

+ - bilatérale  
+ - douleur spontanée  
+ - douleur à la palpation  
+ - mobile  
+ - ferme voire dure  
+ - à limites précises  
+ - réductible

EXCLUSIONS:

CANCER  
TUMEFACATION NON CARACTERISTIQUE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES : B

TUMEFACTION NON CARACTERISTIQUE

INCLUSIONS:

Commentaires:

++++ Masse non caractéristique

Impossibilité d'en déterminer  
la nature exacte en fin de séance

++1 ||- visible  
++1 ||- palpable  
++1 ||- découverte par imagerie

- + - douleur spontanée
- + - douleur à la palpation
- + - rouge
- + - mobile
- + - ferme voire dure
- + - à limites précises
- + - battante ou expansive
- + - réductible
- + - signes de compression

EXCLUSIONS:

TUMEFACTION MAMMAIRE

POSITIONS DIAGNOSTIQUES: B

**VARICES DES MEMBRES INFERIEURS**

*inclut les varicosités*

**INCLUSIONS:**

**++++ Dilatation veineuse permanente**

**++1 ||- visible**  
**++1 ||- palpable**

**++++ majorée par la station debout**

**++++ diminuée par le repos étendu**

+ - bilatérale

+ - douleur, paresthésies, prurit

+ - oedème

+ - modification de couleur de la peau

+ - induration cutanée

+ - la nuit: tension du mollet, brûlures

+ - insuffisance veineuse profonde

**Commentaires:**

spontanément  
ou après manoeuvres complémentaires

objectivée par examens complémentaires  
(Doppler)

**EXCLUSIONS:**

JAMBES LOURDES

THROMBOPHLEBITE

OEDEMES MEMBRES INFERIEURS

ULCERE DE JAMBE

**POSITION DIAGNOSTIQUE:** D

# SOMMAIRE

(n°41)

**Editorial**

## **DICTIONNAIRE DE MEDECINE GENERALE**

**DEFINITIONS SEMIOLOGIQUES DES ETATS PATHOLOGIQUES  
LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTRES  
EN MEDECINE GENERALE**

**Première édition, présentant les termes suivants:**

**ALGIES NON CARACTERISTIQUES  
ANGINE AMYGDALITE  
ARTHROPATHIES PERIARTHROPATHIES  
ASTHENIE FATIGUE  
CONSTIPATION  
CYSTITIS CYSTALGIE  
DIABETE SUCRE  
ETAT AFEBRILE NON CARACTERISTIQUE  
ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE  
HYPERGLYCEMIE  
HYPERLIPIDEMIE  
HYPERTENSION ARTERIELLE  
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE  
INSOMNIE  
JAMBES LOURDES  
MAL DE GORGE  
OTITE MOYENNE  
PHARYNGITE  
PYURIE BACTERIURIE  
RHINOPHARYNGITE  
TOUX ISOLEE  
TUMEFACTION MAMMAIRE  
TUMEFACTION NON CARACTERISTIQUE  
VARICES DES MEMBRES INFERIEURS**