

"Le plaisir de comprendre"

Le Dictionnaire des Résultats de consultation®

Sémiologie des situations cliniques en médecine générale



Abrégé de gestion de l'incertitude diagnostique



Société Française de Médecine Générale

Le Dictionnaire des Résultats de consultation®

Sémiologie des situations cliniques en médecine générale

**Comment gérer le risque
de l'incertitude diagnostique**



Société Française de Médecine Générale

Une société savante depuis 1973 au service de notre discipline

www.sfmg.org



Auteurs

Julie CHOUILLY

Médecin généraliste, Secrétaire générale de la Société Française de Médecine Générale

Damien JOUTEAU

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Pierre FERRU

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Olivier KANDEL

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Yann THOMAS DESESSARTS

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Relectrice

Elisabeth GRIOT

Médecin généraliste, Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale

Table des matières

L' incertitude diagnostique	5
Alors, comment gérer l'incertitude diagnostique ?	6
La classification praticienne	7
Qu'est le Dictionnaire des Résultats de consultation® ?	9
Qu'est-ce qu'un Résultat de consultation ® ?	10
Le premier risque : les Voir aussi	16
Le deuxième risque : les Diagnostics Critiques	17
Une gestion du risque en médecine générale : la Cindynique	18
Illustration par un cas clinique	20
Quelques exemples de définitions	22
EPIGASTRALGIE	
ANGINE (AMYGDALITE-PHARYNGITE)	
REACTION A UNE SITUATION EPROUVANTE	
ARTHROSE	
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	
Un support informatique : l' eDRC	32
Plus rapide que le texte libre	35
Liste des 279 Résultats de consultation et DHL	37
En résumé : le DRC en 10 points	43
Le Dictionnaire des Résultats de consultation® est à votre disposition	46

L'incertitude diagnostique

Affirmer que le médecin peut, chaque fois, au terme de vingt minutes de consultation, identifier de façon certaine l'existence d'une maladie nosologiquement définie, est sans doute une grande illusion collective des médecins de tout temps ! Et pourtant, le praticien pourrait dire à son malade : « *Je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce que je dois faire* ». Une fois disparu le mythe du diagnostic indispensable à la prise de toute décision, il est cependant incontournable de nommer précisément la situation clinique observée pour prendre les décisions adaptées. Cela permet aussi d'évaluer au mieux les dangers de la situation. C'est l'objet du **Dictionnaire des Résultats de Consultation®** en médecine générale (DRC).

Le médecin généraliste est confronté dans son exercice quotidien à plusieurs contraintes :

- il est face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution. Tous les signes de la maladie peuvent ne pas être encore apparus.
- de plus, ces troubles évolueront rarement vers une maladie.
- sans plateau technique, il a des moyens diagnostiques limités.
- il est amené à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne).

Le médecin se trouve bien souvent, à l'issue de la consultation, dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie des troubles, et leur évolution vers une maladie.

70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie. Nous appelons cela : **l'incertitude** diagnostique.

Deux écueils

L'incertitude diagnostique est une source potentielle d'**erreur médicale** et le médecin s'expose alors à deux écueils :

- réduire le diagnostic au seul **motif de consultation**
- faire comme si c'était une maladie, poser un **diagnostic sans preuve**

Alors, comment gérer l'incertitude diagnostique ?

1ère étape

Quoi de plus confortable et rassurant que de diagnostiquer une varicelle ou une sinusite... Mais dans 70% des cas nous sommes face à des symptômes et des syndromes, en situation d'incertitude diagnostique.

Le Dictionnaire des Résultats de consultation® permet de nommer avec rigueur ces situations cliniques et nous donne alors ce même confort.

Choisir dans le dictionnaire un **Résultat de consultation® (RC)** évoquant le cas observé

2e étape

Avant de confirmer ce choix, il faut s'assurer de ne pas s'être trompé de RC

Nécessité de **vérifier si un autre RC correspondrait mieux à la situation clinique** :

Regarder la liste des **Voir aussi**

3e étape

A partir du bon RC, il faut évoquer les maladies graves qui pourraient correspondre au tableau clinique décrit

Nécessité de **ne pas méconnaître une maladie grave qui, au cours de son évolution, pourrait ressembler à ce RC** :

Tenir compte de la liste des **Diagnostics Critiques (DiC)**

La classification praticienne

Le principe de la classification praticienne est de ne pas "prendre ses désirs pour des réalités", ne pas transformer une hypothèse en certitude. L'idée est de rester au plus proche de la réalité clinique, dans une position de vigilance, afin de ne pas s'engager dans une mauvaise piste qui serait éventuellement délétère pour notre patient.

La classification praticienne contient 3 catégories :

La classe des symptômes cardinaux

C'est le symptôme saillant, "cardinal", qui servira de dénomination : une céphalée sans autre constatation caractéristique sera ainsi définie par "CEPHALEE".

La classe des syndromes ou groupes de symptômes

Il existe à l'avant-plan au moins deux symptômes ou signes pathologiques qui paraissent pouvoir être regroupés. C'est le cas d'un "ETAT MORBIDE AFEBRILE" dont il n'est pas possible au moment de la consultation, de caractériser l'étiologie.

La classe des tableaux de maladie

Le regroupement des signes cliniques ou paracliniques est alors suffisamment caractéristique pour évoquer une entité morbide correspondant à la nosologie médicale, mais il manque encore la confirmation étiologique. Il en est ainsi de la "VARICELLE", avec son éruption papulo-vésiculo-croûteuse, mais pour laquelle le médecin ne dispose pas de la confirmation virologique.

Les positions diagnostiques

Pour des raisons de commodité la SFMG a pris l'habitude de rassembler diagnostic et classification pratique sous le même vocable de Résultat de consultation, en affectant à chacun une **Position diagnostique**, symbolisée par une lettre.

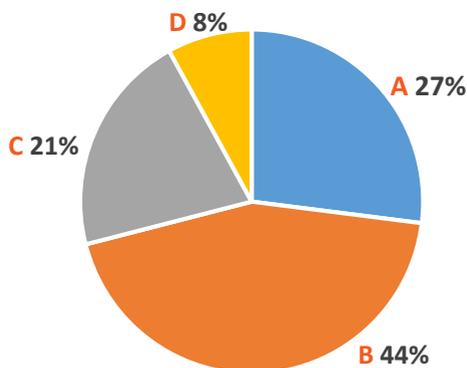
- A** pour classification par symptôme cardinal
- B** pour classification par syndrome ou groupe de symptômes
- C** pour classification par dominance ou tableau de maladie
- D** pour diagnostic certifié

Les 4 groupes, A, B, C et D sont appelés : **position diagnostique**

Les 4 positions diagnostiques n'ont pas de valeur hiérarchique, puisqu'elles sont toutes des **certitudes cliniques**. En revanche, elles sont le constat du degré d'**incertitude diagnostique** ou degré d'ouverture de la situation clinique.

La position diagnostique permet au médecin de **garder l'esprit en éveil** et de surveiller l'évolution. Cette **notion d'ouverture** vers une évolution éventuelle est primordiale. Elle évite au médecin de s'enfermer dans des conclusions erronées.

Observatoire de la Médecine Générale
Données sur les actes de 1993 à 2000



Répartition des 4 Positions diagnostiques

Qu'est le Dictionnaire des Résultats de consultation® ?

Le Dictionnaire des Résultats de consultation® regroupe les cas, de fréquence régulière, qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne **au moins une fois par an**.

L'ensemble des Résultats de consultation (RC) représente plus de 97% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours.

En pratique, un médecin généraliste rencontre chaque RC au moins une fois par an, soit dans environ 1 cas pour 4000 consultations (activité moyenne du médecin généraliste français).

D'où vient-il ?

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation® est un outil conçu par la SFMG à partir des concepts novateurs du **Dr Robert N. Braun**. Ce dernier, médecin généraliste autrichien, a observé et analysé sa pratique pendant plusieurs années. Il a pu développer, dans les années 70, le concept de Résultat de consultation, à côté de la notion de diagnostic, en les plaçant tous les deux dans une stricte équivalence nosologique.

Dans les années 90 la SFMG reprend les travaux de Braun et publie la première version du Dictionnaire des Résultats de consultation® en rédigeant 207 définitions.

Une mise à jour annuelle

Pourquoi mettre à jour un dictionnaire ?

En premier lieu, parce que l'usage quotidien du dictionnaire entraîne de la part de ses utilisateurs des remarques qui méritent d'être analysées.

En second lieu parce qu'un dictionnaire se doit d'être actualisé en fonction des données acquises de la science et de l'évolution des recommandations, ce qui est pour nous une obligation déontologique.

Et aussi pour entretenir la nécessaire correspondance avec la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies). Elle est en effet la nomenclature internationale "incontournable", permettant un lien entre les différents types d'exercice de la médecine. Une première correspondance entre le DRC et la CISP-2 (Classification Internationale des Soins Primaires) a été créée en 2015.

Le travail de mise à jour est organisé par un secrétariat (7 médecins) qui se réunit tous les deux mois pour préparer la réunion annuelle avec le **comité de mise à jour du Dictionnaire** (25 membres).

Qu'est-ce qu'un Résultat de consultation® ?

Le Dictionnaire contient **279 Résultats de consultation**, classés par ordre alphabétique. Chaque RC comporte :

- Un titre
- Une définition comprenant des critères d'inclusion et des compléments sémiologiques
- Une ou plusieurs positions diagnostiques
- Une liste de Diagnostics Critiques
- Une liste de Voir Aussi
- Un code-suivi
- Une correspondance avec la CIM-10
- Une correspondance avec la CISP-2
- Un Argumentaire

Le Titre – la dénomination

C'est le nom ou la désignation du RC. C'est le premier élément de classement du RC.

Exemples : ANGINE (AMYGDALITE-PHARYNGITE), CANCER, APHTE

Les critères d'inclusion

Ils correspondent à l'expression strictement nécessaire et suffisante pour relever la situation clinique. Ces critères sont obligatoirement présents chez le patient. C'est l'élément taxinomique du RC. Ils contribuent à une bonne discrimination entre deux RC.

Ils sont précédés d'une signalétique :

- ++++ : critère(s) obligatoire(s) pour sélectionner ce RC
- ++1 | : au moins un critère parmi cette liste doit être relevé
- ++2 | : au moins 2 critères parmi cette liste doivent être relevés ...

Les compléments sémiologiques

Ces critères éventuellement présents chez le patient, ne sont pas nécessaires pour le choix de la définition. Ils n'ont donc pas de fonction taxinomique. En revanche, ils permettent de mieux décrire l'observation, de documenter le dossier médical, de préciser le contexte du RC. Ils sont précédés d'une signalétique + -

Exemples :

Définition d'APHTE

++++ ULCÉRATION DOULOUREUSE
DE LA MUQUEUSE BUCCALE
++++ À BORDS NETS AVEC AURÉOLE ROUGE VIF
++++ À FOND JAUNÂTRE "BEURRE FRAIS"

Critères d'inclusion
obligatoire

++1 | LABIALE
++1 | LINGUALE
++1 | DU SILLON GINGIVO-JUGAL
++1 | GINGIVALE
++1 | JUGALE
++1 | PALATINE OU DE LA LUETTE

Critères d'inclusion : au
moins une de ces lignes
doit être relevée

+ - multiples
+ - adénopathie
+ - facteur déclenchant

Compléments
sémiologiques

Définition de GALE

++1 | LÉSIONS DERMATOLOGIQUES PRURIGINEUSE
++3 | papules, vésicules
++3 | prurit à prédominance vespérale ou nocturne
++3 | localisation élective évocatrice (mains, bras, plis)
++3 | notion de contagé ou d'épidémie
++1 | LÉSION PATHOGNOMIQUE (SILLON, NODULE)
++1 | SARCOPE AU PRÉLÈVEMENT CUTANÉ

Pour relever GALE il faut
au moins une des lignes
de même niveau ++1 |

Si le médecin est devant
des lésions
dermatologiques
prurigineuses, il doit
pouvoir cocher 3 des 4
critères ++3 | pour
pouvoir relever le RC
GALE

Les positions diagnostiques

Le concept de position diagnostique est l'axe principal de la théorie professionnelle de Braun. Il est le constat de la situation observée *hic et nunc* (ici et maintenant) et qualifie le **degré d'ouverture** diagnostique de la situation clinique. Il en existe 4, formalisées par les lettres A, B, C et D.

A : symptôme. Quand l'examen du médecin n'a apporté aucun autre élément sémiologique, **le symptôme saillant ou cardinal servira à la dénomination du cas**

B : syndrome. Ensemble de signes, de symptômes, de modifications morphologiques, fonctionnelles ou biochimiques de l'organisme, d'apparence parfois disparate mais **formant une entité reconnaissable sans relation apparente avec une « maladie »** déterminée

C : tableau de maladie. Le tableau de maladie, se base sur la constatation très vraisemblable de **troubles caractéristiques évocateurs d'une maladie**

D : diagnostic certifié. Le médecin a identifié de façon **certaine** une maladie comme étant à l'origine des troubles présentés

Il existe une 5^{ème} position, qui définit les états non morbides : la position **Z**

Certains RC n'ont qu'une position diagnostique mais d'autres peuvent en avoir 2, 3 voire 4.

Exemples :

Le RC **ADENOPATHIE** n'a qu'une position diagnostique **A**

++++ TUMÉFACTION DANS UNE OU DES ZONES GANGLIONNAIRES
+ - douloureuse
+ - fixée, dure
+ - bien limitée
+ - périadénite
+ - multiple
+ - localisée
+ - dans différents territoires
+ - notion de porte d'entrée cutanée ou muqueuse dans le territoire correspondant

Le RC **GALE** a une position diagnostique C ou D s'il a une certitude parasitologique.

++1 | LÉSIONS DERMATOLOGIQUES PRURIGINEUSES(position diagnostique C)
++3 | papules, vésicules
++3 | prurit à prédominance vespérale ou nocturne
++3 | localisation élective évocatrice (mains, bras, plis)
++3 | notion de contagé ou d'épidémie
++1 | LÉSION PATHOGNOMONIQUE (SILLON, NODULE) (position diagnostique C)
++1 | SARCOPTÉ AU PRÉLÈVEMENT CUTANÉ(position diagnostique D)

La liste des Voir aussi (Gestion du 1^{er} risque)

La liste des *Voir aussi* permet de limiter le 1er risque, celui de mal décrire la situation clinique en se trompant de dénomination. En la consultant, le praticien devra s'assurer qu'aucun RC plus caractéristique ne correspond à la situation clinique qu'il observe. La liste est constituée de RC (et de Dénomination Hors Liste), **voisins cliniquement**.

La liste des Diagnostiques Critiques (Gestion du 2^{ème} risque)

Les Diagnostiques Critiques (DiC) sont des maladies potentiellement graves, qui au cours de leur évolution peuvent se manifester par le RC relevé et que le praticien pourra évoquer pour ne pas faire courir de risque à son patient. Chaque DiC est pondéré par une **criticité**, produit de la gravité, de l'urgence et de la curabilité.

Le code-suivi

C'est un élément essentiel du Dictionnaire. Par trois lettres N, P et R, il permet de donner au Résultat de Consultation son caractère évolutif.

- **N** qualifie le cas de "nouveau" : nouveau car c'est la première fois qu'il est certifié par un médecin, même si le malade indique présenter la symptomatologie dont il se plaint depuis plusieurs jours ou plusieurs mois.
- **P** indique qu'il s'agit d'un cas « persistant », dans le sens où le Résultat de consultation est déjà connu d'un médecin.
- **R** indique que le Résultat de Consultation a été "révisé". C'est-à-dire que l'ETAT FEBRILE a évolué et est devenu une PNEUMOPATHIE, que cette DOULEUR NON CARACTERISTIQUE de l'hémithorax gauche est devenu quelques jours plus tard un ZONA. Est-ce à dire qu'on aura ainsi corrigé une "erreur de diagnostic" ? Non ! On aura simplement décrit l'évolution de l'affection qui, en effet, ne pouvait pas, lors de la première consultation, se manifester autrement, tous les symptômes n'étant pas encore apparus.

La correspondance avec la Classification Internationale des Maladies (CIM 10)

La correspondance entre les définitions et la CIM-10 existe depuis la première version. Un ou plusieurs codes CIM-10 par RC sont possibles en fonction des combinaisons d'items. Cet encodage permet de créer des ponts avec les autres spécialités médicales. La correspondance est faite automatiquement par l'informatique. Le code apparaît après avoir sélectionné le RC.

La correspondance avec la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)

La correspondance entre les définitions et la CISP-2 existe depuis 2016. Un ou plusieurs codes CISP-2 par RC sont possibles en fonction des combinaisons d'items. Comme pour la CIM, la correspondance se fait en "tâche masquée".

Un argumentaire

Chaque RC possède un argumentaire. C'est l'explication de la dénomination et de chacune des rubriques. Il apporte une aide en ligne pour une bonne utilisation de la définition, en particulier pour la gestion du 1^{er} risque. En effet, chaque RC de la liste des Voir aussi y est justifié.

Les Dénominations Hors Listes (DHL)

Les DHL sont des Résultats de consultation et des diagnostics certifiés, dont la fréquence, inférieure à 1 cas par médecin et par an, ne permet pas qu'ils fassent partie de la liste des RC du dictionnaire. Il existe 195 DHL qui correspondent aux codes CIM les plus fréquents après les 279 RC du dictionnaire.

Elles sont regroupées par chapitre de la CIM-10 (par organes) pour permettre un classement plus efficient. Dans chaque chapitre, les DHL sont classées par ordre alphabétique.

Le premier risque Les Voir aussi

L'absence de diagnostic certain au terme de la consultation est un principe de réalité, auquel aucun médecin, exerçant dans les règles de l'art, ne peut échapper. Il est donc amené à relever, dans son dossier, le cas clinique qu'il doit prendre en charge par un Résultat de consultation (RC). Il choisit dans la liste du Dictionnaire celui correspondant le mieux aux symptômes et signes qu'il a colligés. C'est la certitude clinique.

Mais choisir un RC présente un **premier risque d'erreur**, celui de se tromper de RC. Pour contourner ce risque, qui amènerait le praticien à échafauder une conduite à tenir hasardeuse, chaque Résultat de consultation est associé à une liste de **RC voisins** ou concurrents, les plus proches sémiologiquement.

Ces RC voisins sont appelés **Voir aussi**. Chaque RC présente une liste de *Voir aussi*. Le médecin, pendant la consultation **regarde cette liste avant de confirmer son choix** et de relever le bon RC dans son dossier.

Avant de choisir son RC, il doit donc se demander quels sont les autres RC qui pourraient **évoquer ou imiter** celui choisi ? Y aurait-il un autre RC plus précis pour définir le cas ?

Le choix du RC s'il se limitait à celui des critères d'inclusion, si précis soient-ils, n'aurait aucune valeur. Ce RC n'est pertinent qu'après vérification de sa liste de *Voir aussi*. C'est bien parce qu'on a exclu, le plus souvent cliniquement, les autres RC de la liste des *Voir aussi*, que l'on peut confirmer que c'est bien ce RC qui correspond le mieux à la situation clinique présentée.

Exemple : Les *Voir aussi* du RC EPIGASTRALGIE

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	INFARCTUS DU MYOCARDE
ANGOR-INSUFFISANCE CORONARIENNE	LITHIASE BILIAIRE
ANXIETE-ANGOISSE	PLAINTÉ ABDOMINALE
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE
GASTRITE CHRONIQUE	ULCERE DUODENAL
HERNIE HIATALE	ULCERE GASTRIQUE

Le deuxième risque Les Diagnostics critiques

Devant un trouble de santé non caractéristique d'une maladie, le médecin de premier recours est tenu de garder à l'esprit l'éventualité, souvent faible mais non nulle, d'une **maladie grave**. Après avoir choisi le RC, le médecin doit penser aux diagnostics critiques sous-tendus par la situation clinique.

Ce risque d'une maladie grave hante tout praticien

Le danger est que le praticien n'évoque pas, devant le RC choisi, des maladies dont les conséquences peuvent altérer l'état du patient.

La même symptomatologie peut être révélatrice d'une pathologie bénigne comme d'une pathologie grave. La difficulté pour le praticien est de tenir compte des éventuels dangers sous tendus par le RC, tout en ne se lançant pas dans une démarche d'investigation qui serait anxiogène, coûteuse, voire iatrogène, avec une forte probabilité de résultats négatifs.

Evaluer le risque est indispensable à la démarche diagnostique

Evaluer le risque consiste à tenir compte, pour chaque danger, de sa gravité, de son urgence, de sa curabilité, et de la vulnérabilité du patient. Ces 4 éléments permettent de calculer la **criticité** (importance) de chaque danger...

D'où l'appellation : **Diagnostic Critique (DiC)**.

En pratique, afin d'aider le médecin, le Dictionnaire des Résultats de consultation® affiche pour chaque RC la **liste de maladies graves** (DIC) à évoquer, classées par ordre décroissant de criticité (***) à (*)).

La constitution de cette liste tient compte de la congruence clinique avec le RC auquel elle est rattachée, c'est-à-dire la pertinence clinique du lien entre l'éventuel DiC et le RC en question.

Exemple : DiC du RC EPIGASTRALGIE

	Criticité		Criticité
Infarctus méésentérique	***	Lithiase biliaire	*
Infarctus du myocarde	***	Ulcère gastroduodénal	*
Pancréatite aiguë	***	Gastrite	*
Cancer	**	Pancréatite chronique	*
Syndrome Zollinger Ellison	*	Psychogène	*
Anisakiase (parasitose)	*		

Une gestion du risque en médecine générale

La Cindynique

Dans le prolongement du choix du RC, de l'élimination du premier risque par les **Voir aussi** et l'évocation du deuxième risque par les **Diagnostics critiques** (DiC), la SFMG travaille à la rédaction de **conduites à tenir** adaptées aux situations les plus fréquentes en médecine de premier recours.

Nous n'avons pas retenu le terme de conduite à tenir. Il a certes l'avantage d'être connu de la communauté médicale. En revanche, cette expression est connotée sur un versant biomédical, organique, faisant peu de place à la vision plus globale de la médecine générale. Par ailleurs elle sous-tend une notion de règles incontournables, plus gênante au regard de la diversité des facteurs intervenant dans la prise en charge d'une situation de premier recours.

La **cindynique** du grec *kíndunos*, danger, est un mot récent qui date de 1987. Il s'agit d'une théorie et d'une méthodologie visant à rendre intelligible, par une approche globale, les risques endogènes et exogènes d'un système. Cette notion correspond bien à notre problématique.

En pratique à chaque RC correspondra une démarche cindynique propre. Celle-ci est constituée à partir d'une grille

Exemple : la grille de cindynique pour le RC : CEPHALEE

Généralités sur les causes principales et la démarche générale	On rappelle que ce RC est en position diagnostique A, il décrit un symptôme. Il peut être un RC d'attente du RC MIGRAINE, lors des premières crises. Les deux étiologies les plus fréquentes sont la céphalée psychogène (dite de tension), et les migraines.
Présentation clinique évocatrice d'un DiC (dans les critères du RC)	Des maux de tête violents et soudains doivent faire évoquer en priorité : un anévrisme artériel, une thrombophlébite cérébrale, une hémorragie méningée, une hypertension intracrânienne.
Durée d'évolution anormale qui ferait évoquer un DiC	Une céphalée récidivante, stéréotypée, de localisation inchangée amènera le praticien à réaliser une imagerie pour éliminer une tumeur.
Vulnérabilité Facteurs intrinsèques et extrinsèques au patient augmentant la probabilité de survenue d'un DiC	Devant des céphalées chez un patient de la cinquantaine, le praticien devra s'assurer que les pouls temporaux ont bien été palpés et devra rechercher un syndrome inflammatoire biologique. Des maux de tête chez un patient ayant un ATCD de cancer amèneront le praticien à évoquer des localisations secondaires. Il faudra vérifier que le patient ne consomme pas régulièrement des antalgiques pour éliminer des céphalées par abus de médicaments.
Impact Facteurs augmentant les complications d'un DiC pour le patient	Des maux de tête inhabituels chez une femme sous contraceptif oral doivent faire penser à l'hypothèse d'une thrombophlébite cérébrale.
RC associés au RC en question amenant à évoquer un DiC	Une céphalalgie associée à d'autres motifs de consultations, d'autres plaintes, paraît moins inquiétante pour le praticien, et l'orientera vers une origine psychogène.
Contexte épidémiologique	Des céphalées identiques dans l'entourage et concomitantes, amèneront à questionner sur le mode de chauffage (intoxication au CO).
Taux de révision du RC	Néant.
Complication du RC	Aucune.
Conduite à tenir de première intention	Une inefficacité des antalgiques de 1 ^{er} niveau (PARACETAMOL) doit faire évoquer une origine psychogène, une migraine ou un des DiC.

Première consultation en SASPAS

M. Dominique L..., 60 ans, consulte l'interne pour une toux avec crachats et parce qu'il se sent « mal fichu ». Il n'a pas d'antécédent notable en dehors d'un tabagisme.

A l'examen clinique : il y a des râles ronflants diffus sans foyer systématisé, et quelques sibilants.

Le patient explique qu'il veut que ça se termine vite et que cela ne recommence pas comme tous les hivers.

Poser un diagnostic... ?!

L'interne note dans le dossier le Résultat de consultation suivant :

ETAT MORBIDE AFEBRILE

++++ ASSOCIATION DE SYMPTÔMES ET SIGNES GÉNÉRAUX ET LOCAUX

++++ ABSENCE DE FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE

++++ NON CARACTÉRISTIQUE ET NON CLASSABLE AILLEURS

+ - abattement, lassitude, inappétence

+ - toux

+ - expectoration minime, non caractéristique

+ - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs

Débriefing avec le maître de stage

MSU : es-tu sûr que ce patient présente bien un ETAT MORBIDE AFEBRILE ?

INTERNE : j'ai pensé aussi à BRONCHITE AIGUE

MSU : regardons alors le RC BRONCHITE AIGUE

BRONCHITE AIGUE

++++ TOUX

++++ RÂLES RONFLANTS DIFFUS MODIFIÉS PAR LA TOUX

++++ ABSENCE DE BRONCHITE CHRONIQUE (toux + expectoration au moins 3 mois par an depuis 2 ans)

+ - râles sibilants (surtout au début de l'épisode)

+ - expectoration

+ - fièvre ou sensation de fièvre

L'erreur diagnostique a des conséquences

MSU : et pourquoi n'as pas tu mis BRONCHITE AIGUE ?

INTERNE : à cause de l'item obligatoire ++++ ABSENCE DE BRONCHITE CHRONIQUE

MSU : et si c'était une BRONCHITE CHRONIQUE ?

INTERNE : ah ben oui, je n'ai pas demandé s'il toussait souvent comme ça dans l'année !

BRONCHITE CHRONIQUE

++++ TOUX

++++ EXPECTORATION EXTÉRIORISÉE OU NON

++++ AU MOINS 3 MOIS PAR AN DEPUIS 2 ANS

+ - ronchus

+ - sibilants

+ - crachats purulents

++1 | épais et colorés

++1 | plus fréquents et abondants

+ - fièvre

Le DRC aide à limiter l'erreur de diagnostic

Une erreur de diagnostic entraîne une démarche erronée. Les critères du DRC contribuent à éviter cette erreur.

Dans ce cas, ce n'était pas un ETAT MORBIDE AFEBRILE. Ce n'était pas une BRONCHITE AIGUE, c'est une BRONCHITE CHRONIQUE avec exacerbation : les décisions sont bien différentes !

EPIGASTRALGIE

La définition

++++ DOULEUR SPONTANÉE DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE

++++ SANS SIGNE DE REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

++1| BRÛLURE

++1| CRAMPE OU TORSION

++1| PESANTEUR OU GÊNE

++1| FAIM DOULOUREUSE

+ - calmée par les aliments

+ - favorisée par les repas, postprandiale

+ - favorisée par la prise de certains aliments

+ - favorisée par la prise de certains médicaments

+ - calmée par des médicaments

+ - favorisée par le stress

+ - irradiation (sauf vers le haut)

+ - antécédent personnel digestif (gastrique, vésiculaire, pancréatique)

+ - retrouvée ou accentuée à la palpation.

+ - récidive

1 ^{er} risque : les Voir aussi	2 ^{er} risque : les Diagnostics critiques
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	Infarctus mésentérique ***
ANGOR INSUFFISANCE CORONARIENNE	Infarctus du myocarde ***
ANXIETE ANGOISSE	Pancréatite aiguë ***
CONTUSION	Cancer **
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	Syndrome Zollinger Ellison *
GASTRITE CHRONIQUE	Anisakiase (parasitose) *
HERNIE HIATALE	Lithiase biliaire *
INFARCTUS DU MYOCARDE	Ulcère gastroduodénal *
LITHIASÉ BILIAIRE	Gastrite *
PLAINTE ABDOMINALE	Pancréatite chronique *
REFLUX PYROSIS CESOPHAGITE	Psychogène *
ULCERE DUODENAL	
ULCERE GASTRIQUE	

Position diagnostique : A

Argumentaire

Dénomination

Cette dénomination recouvre les termes usuels : « mal à l'estomac » ou « crampe à l'estomac », sans impliquer une origine gastrique.

Critères d'inclusion

La douleur ne doit pas s'accompagner de symptômes de reflux (ni brûlures rétro-sternales, ni régurgitations associées).

Le type de douleur doit être défini parmi les quatre options proposées. Choisir « autre » et préciser en commentaire si aucun qualificatif ne convient.

Compléments sémiologiques

Ils permettent de caractériser les conditions de survenue de la douleur, ses horaires par rapport aux repas, qui pourraient orienter vers une lésion spécifique de l'estomac (gastrite, ulcère gastrique, ulcère du duodénum).

La notion « d'antécédent personnel digestif » est prise au sens large (Œsophage, estomac, duodénum) et intègre aussi les antécédents vésiculaires et pancréatiques.

Code CIM 10

R10.1 Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen. Douleur épigastrique

Code CISP

D02 Douleur abdominale ou épigastrique

ANGINE (AMYGDALITE-PHARYNGITE)

La définition

- ++++ ROUGEUR DE L'OROPHARYNX
 - ++1 | diffuse du pharynx
 - ++1 | d'une (ou des) amygdale(s)
- ++++ ABSENCE D'ÉCOULEMENT NASAL CARACTÉRISTIQUE

- + - douleur
- + - fièvre ou sensation de fièvre
- + - hypertrophie
- + - enduit pultacé
- + - adénopathie sous angulo-maxillaire
- + - unilatérale

- + - vésicules
- + - ulcération
- + - fausses membranes

- + - toux
- + - vomissement
- + - douleur abdominale

- + - score de Mac Isaac ≥ 4
- + - TDR positif
- + - présence bactérienne

1 ^{er} risque : les Voir aussi	2 ^{er} risque : les Diagnostics critiques
ETAT FEBRILE	Diphthérie ***
ETAT MORBIDE AFEBRILE	Leucémie aigüe ***
HERPES	Agranulocytose ***
MAL DE GORGE	Hémopathie chronique **
OTALGIE	VIH, SIDA **
PHLEGMON DE L'AMYGDALE	Cancer de l'amygdale **
RHINOPHARYNGITE - RHUME	Gonocoque **
	Syphilis **
	Tuberculose *
	Maladie de Still *

Positions diagnostiques

C : Sans présence bactérienne ou seulement un TDR positif

D : Avec présence bactérienne certifiée au prélèvement

Argumentaire

Dénomination

Cette définition permet d'inclure toutes les atteintes inflammatoires (rougeur) de l'oropharynx (amygdales et/ou pharynx). En effet, elles présentent toutes le même risque et doivent donc bénéficier du même processus décisionnel.

Critères d'inclusion

Ils précisent la topographie des lésions et l'aspect exact des atteintes amygdaliennes. Il ne doit pas y avoir d'écoulement nasal allégué ou constaté. Dans ces cas-là il faut inclure le cas dans le RC RHUME-RHINOPHARYNGITE

Compléments sémiologiques

Le score de Mac Issac peut être calculé en fonction de l'âge du patient et de la présence ou de l'absence de certains des compléments sémiologiques. Le TDR constitue un argument de présomption fort vis à vis d'une origine streptococcique sans en faire véritablement la preuve bactériologique. La présence effective d'un germe retrouvé par prélèvement bactériologique pourra être notée (pour les germes autres que le streptocoque, en préciser la nature exacte en commentaire).

Correspondance CIM10

J02.0 : pharyngite à streptocoques

J02.9 : pharyngite aiguë

J03.9 : amygdalite aiguë

J03.0 : amygdalite à streptocoques

J02.8 : pharyngite aiguë due à d'autres micro-organismes

J03.8 : amygdalite aiguë due à d'autres micro-organismes

Correspondance CISP

R72 : Streptococcie pharyngée

R76 : Angine aiguë

REACTION A SITUATION EPROUVANTE

La définition

- ++1 | MAL ÊTRE RÉACTIONNEL
 - ++++ stress non exceptionnel
- ++1 | RÉACTION AIGUË À UN STRESS EXCEPTIONNEL
 - ++++ durée brève de quelques heures à quelques jours
- ++1 | ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE
 - ++++ secondaire à un stress exceptionnel
 - ++1 | prolongeant la réaction aigüe
 - ++1 | survenant à distance du stress

- ++1 | MAUVAIS SOMMEIL
- ++1 | CAUCHEMARS
- ++1 | MANIFESTATIONS ANXIEUSES
- ++1 | MANIFESTATIONS DÉPRESSIVES
- ++1 | LABILITÉ ÉMOTIONNELLE
- ++1 | ADDICTION(S)
- ++1 | REVIVISCENCE DE L'ÉPREUVE DÉCLENCHANTE
- ++1 | AGITATION OU PROSTRATION
- ++1 | AUTRE

- ++++ ÉPREUVE DÉCLENCHANTE
 - ++1 | familiale (conflit, séparation, deuil, etc.)
 - ++1 | professionnelle (conflit, licenciement, etc.)
 - ++1 | scolaire
 - ++1 | maladie ou accident corporel ou matériel
 - ++1 | agressions diverses (viol, attentat, etc.)
 - ++1 | catastrophe naturelle
 - ++1 | autre

1 ^{er} risque : les Voir aussi	2 ^{er} risque : les Diagnostics critiques
ANXIETE-ANGOISSE	Psychose **
DEPRESSION	Dépression **
HUMEUR DEPRESSIVE	
INSOMNIE	
PHOBIE	
TRAC	

Position diagnostique : B

Argumentaire

Dénomination

Ce résultat de consultation décrit les troubles réactionnels à un événement traumatique qu'il soit exceptionnel ou non.

Trois tableaux sont décrits : La REACTION AIGUE A UN STRESS EXCEPTIONNEL qui correspond à des manifestations psychiques et ou physiques intenses persistantes quelques heures à quelques jours et pouvant toucher n'importe quelle personne dans ce type de situation telle agression, catastrophe naturelle etc. L'évènement est suffisamment grave pour mettre la vie en danger entraînant des sentiments d'impuissance, de peur intense et d'horreur. L'ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE peut prolonger l'état précédent ou survenir à distance de l'évènement traumatique et persister plusieurs mois. Sa caractéristique principale est la reviviscence de l'épisode traumatisant avec évitement des liens avec celui-ci. Il s'y associe fréquemment des manifestations anxieuses voir dépressives. Le MAL ETRE REACTIONNEL dans lequel la vulnérabilité de la personne est primordiale et se manifeste par une inquiétude ou une anxiété pouvant être associée à une humeur dépressive voire à une dépression. Cette définition inclut la réaction de deuil, l'hospitalisme chez l'enfant, mais elle peut faire suite aussi à un chagrin d'amour, un départ à la retraite, une modification familiale etc. Elle a pour conséquence une altération marquée du fonctionnement social.

Critères d'inclusion

Trois relevés sont nécessaires :

- Le type de réaction : REACTION AIGUE A UN STRESS EXEPTIONNEL, ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE ou MAL ETRE REACTIONNEL
- Le type de manifestation : anxieuse, dépressive etc.
- Le facteur déclenchant : familial, agression, catastrophe etc.

Correspondance CIM10

F43.0 : Réaction aiguë à un facteur de stress

F43.1 : état de stress post-traumatique

F43.2 : troubles de l'adaptation

Correspondance CISP

P02 : Réaction de stress aiguë

P82 : Syndrome de stress post-traumatique

ARTHROSE

La définition

++++ DOULEUR ARTICULAIRE DE TYPE MÉCANIQUE
++++ LIMITATION DES MOUVEMENTS ARTICULAIRES
++++ ABSENCE DE SIGNE BIOLOGIQUE D'INFLAMMATION
++++ SIGNES D'IMAGERIE D'ARTHROSE (RADIOGRAPHIE, SCANNER, IRM)

++1 | pincement d'un interligne articulaire
++1 | ostéophytes

++1 | DOIGTS Y COMPRIS RHIZARTHROSE
++1 | ÉPAULE(S)
++1 | GENOU (X)
++1 | HANCHE(S)
++1 | RACHIS CERVICAL
++1 | RACHIS LOMBAIRE
++1 | RACHIS THORACIQUE
++1 | AUTRE(S) ARTICULATION(S)

+ - d'origine secondaire (post-traumatique)
+ - déformation, y compris nodosités des doigts
+ - augmentation de volume de l'articulation
+ - exacerbation de la douleur sur fond chronique

1 ^{er} risque : les Voir aussi	2 ^{er} risque : les Diagnostics critiques
ALGODYSTROPHIE	Il n'y a pas de DiC pour ce RC
ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	
CERVICALGIE	
DORSALGIE	
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	
EPAULE (TENOSYNOVITE)	
GOUTTE	
LOMBALGIE	
OSTEOPOROSE	

Positions diagnostiques

C : la conjonction des signes cliniques et radiologiques permet d'utiliser cette position. Seule la vérification anatomique autoriserait l'utilisation de la position D.

Argumentaire

Dénomination

La définition de l'arthrose étant essentiellement radiologique, il serait logiquement possible de retenir ce résultat de consultation pour un patient, ne possédant pas de signes cliniques patents, mais présentant des signes d'imagerie typiques, parfois de découverte fortuite. Néanmoins, par convention, seule la conjonction de manifestations cliniques et radiologiques permettra de choisir ce RC.

Critères d'inclusion

On ne peut choisir cette définition qu'en présence de signes cliniques associés à des signes d'imagerie typiques d'arthrose. Il peut s'agir d'un pincement articulaire, ou de la présence d'ostéophytes, les autres signes (géodes, hyperdensité sous-chondrale) n'étant pas spécifiques. La présence de signes biologiques d'inflammation ne permet pas de rattacher la symptomatologie clinique aux signes radiologiques d'arthrose. Une liste de localisations les plus fréquentes est proposée ; les autres, plus rares, seront notées en commentaire

Compléments sémiologiques

L'augmentation de volume de l'articulation peut désigner soit un épanchement, soit une augmentation de volume sans épanchement décelable ni cliniquement, ni par ponction articulaire. L'item « déformation » permettra, par exemple, de noter les déformations des doigts mais aussi les nodosités (Héberden et Bouchard).

Correspondance CIM10

M15.9 : polyarthrose, sans précision

M16.9 : coxarthrose, sans précision

M17.9 : gonarthrose, sans précision

M19.19 : arthrose post-traumatique d'autres articulations, siège non précisé

M19.91 : arthrose, sans précision, acromio-claviculaire, scapulo-humérale et sterno-claviculaire

M19.94 : arthrose, sans précision, entre les os du carpe, du métacarpe et des doigts de la main

M47.92 : spondylarthrose, sans précision, région cervicale

M47.94 : spondylarthrose, sans précision, région dorsale

M47.96 : spondylarthrose, sans précision, région lombaire

M19.11 : arthrose post-traumatique acromio-clav., scapulo-humérale et sterno-claviculaire

M19.14 : arthrose post-traumatique articulations des os du carpe, métacarpe et doigts de la main

M19.15 : arthrose post-traumatique d'autres articulations, de la hanche et sacro-iliaque

M19.16 : arthrose post-traumatique d'autres articulations, articulation du genou

Correspondance CISP

L91 : Autre arthrose - L89 : Coxarthrose - L90 : Gonarthrose

ABDOMEN DOULOUREUX AIGU

La définition

++++ DOULEUR ABDOMINALE SPONTANÉE

++++ RETROUVÉE À LA PALPATION

++1 | ARRÊT NET DU TRANSIT

++1 | DÉFENSE OU CONTRACTURE DE LA PAROI ABDOMINALE

++1 | HYPOTENSION VOIRE CHOC

+ - nausées ou vomissements

+ - fièvre ou sensation de fièvre

1 ^{er} risque : les Voir aussi	2 ^{er} risque : les Diagnostics critiques
COLIQUE NEPHRETIQUE	L'urgence de ce RC ne rend pas opérante la création d'une liste de DiC
COLOPATHIE FONCTIONNELLE	
DOULEUR PELVIENNE	
DYSMENORRHEE	
EPIGASTRALGIE	
ETAT MORBIDE AFEBRILE	
ETAT FEBRILE	
HERNIE - EVENTRATION	
INFARCTUS DU MYOCARDE	
PLAINTÉ ABDOMINALE	
PNEUMOPATHIE AIGUE	
PYELONEPHRITE AIGUE	

Positions diagnostiques : B

Argumentaire

Dénomination

Autres dénominations possibles : syndrome abdominal aigu, abdomen chirurgical. Dans cette définition, la douleur de l'abdomen, associée aux signes d'accompagnement, évoque un risque d'évolution grave et nécessite la mise en œuvre d'une démarche urgente. Ce résultat de consultation sera éventuellement révisé une fois le diagnostic prouvé (ex : appendicite).

Critères d'inclusion

Ils caractérisent d'une part la DOULEUR de l'abdomen qui doit être SPONTANEE et RETROUVEE à l'examen, pouvant aller jusqu'à la défense voire la contracture, et d'autre part des signes d'accompagnement qui soulignent l'urgence du tableau (arrêt du transit, hypotension, choc). A noter que l'intensité de la douleur n'est pas précisée. Elle peut s'être atténuée au moment de l'examen ; dans ce cas les données de l'interrogatoire et les autres signes objectifs d'examen prennent toute leur importance mais à condition de ne pouvoir classer le cas sous un autre résultat de consultation.

Compléments sémiologiques

Ils complètent la sémiologie et soulignent son aspect aigu.

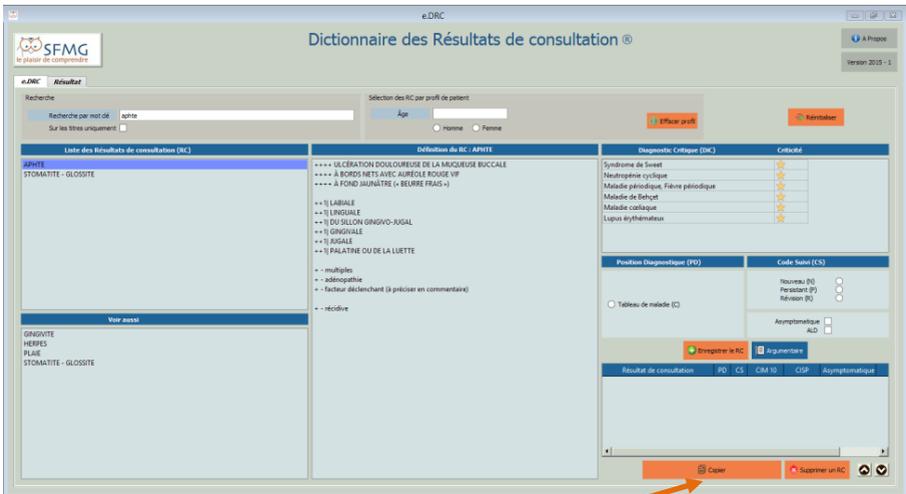
Correspondance CIM10

R10.0 : Syndrome abdominal aigu

Un support informatique : l'eDRC

Le DRC est utilisable à l'aide d'un module informatique.

Téléchargez-le dès maintenant, gratuitement sur le site de la SFMG.



Un simple copier/coller depuis ce **logiciel de sémiologie** vous permet d'utiliser le DRC en complément de votre logiciel médical.

Comment ça marche ?

Etape 1

Nommer le **problème** que le médecin doit prendre en charge dans sa consultation, c'est choisir un Résultat de consultation : **RC**

1 – chercher un titre

Recherche par mot clé : aphte

Sélection des RC par profil de patient : Âge Homme Femme

Effacer profil Réinitialiser

Liste des Résultats de consultation (RC)	Définition du RC : APHTE	Diagnostico Critique (RC)
APHTE STOMATITE - GLOSSITE Voir aussi GINGIVITE HERPES PLAIE STOMATITE - GLOSSITE	++++ ULCÉRATION DOULOUREUSE DE LA MUCOUSE BUCCALE ++++ A BORDS NETS AVEC ALRECLE ROUGE VIF ++++ A FOND JAUNÂTRE (« BEURRE FRAIS ») ++ LABIALE ++ LINGUALE ++ DU SELON GINGIVO-JUGAL ++ GINGIVALE ++ JUGALE ++ PALATINE OU DE LA LIETTE - - multiples - - adhésives - - facteur déclenchant (à préciser en commentaire) - - récive	Syndrome de Sweet Neutropénie cyclique Maladie périodique, fièvre périodique Maladie de Behçet Maladie de Crohn Lupus érythémateux

2 – choisir un RC

3 – sélectionner les items de la définition

Etape 2

Eliminer le 1er et 2^e risque d'erreur diagnostique

The screenshot shows the 'Dictionnaire des Résultats de consultation' interface. The search term 'aphte' is entered in the search box. The 'Liste des Résultats de consultation (RC)' section on the left contains a list of related terms: 'APHTE', 'STOMATITE - GLOSSITE', and a 'Voir aussi' section with 'GANGUITE', 'HERPES', 'PLAQUE', and 'STOMATITE - GLOSSITE'. The 'Définition du RC : APHTE' section in the center provides a detailed definition and lists associated conditions like 'LABIALE', 'LINGUALE', 'GINGIVALE', and 'RUGALE'. The 'Diagnostique Critique (DC)' section on the right lists conditions such as 'Syndrome de Sweet', 'Neuropathie cyclique', and 'Maladie périodique', each with a star rating. Below this, there are sections for 'Position Diagnostique (PD)' and 'Code Smeit (CS)'. An orange arrow points from the 'Voir aussi' link in the 'Liste des Résultats de consultation' to the text 'Regarder la liste des Voir aussi'. Another orange arrow points from the 'Diagnostique Critique' section to the text 'Tenir compte de la liste des Diagnostics Critiques'.

Regarder la liste
des **Voir aussi**

Tenir compte
de la liste des **Diagnostics Critiques**

Plus rapide que le texte libre !

Une femme de 25 ans consulte, fin janvier, pour une fièvre et des courbatures depuis 2 jours. Elle tousse un peu, elle a le nez qui coule.

C'est la 8^{ème} personne de la matinée qui présente quasiment les mêmes symptômes.

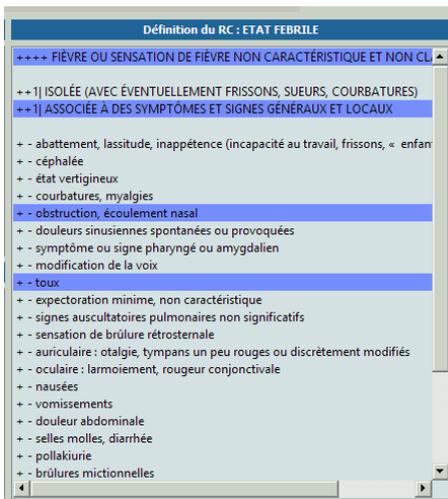
Que mettez-vous dans votre dossier ?

Syndrome grippal ? Etat grippal ? Fièvre ? Fièvre + toux ?

En rajoutant : pas de syndrome méningé, auscultation CP normale, ex ORL normal, fosses lombaires libres...

Et pour les 7 patients précédents qu'avez-vous mis ? Et les 10 patients suivants ? Et demain ?

Et il y a 1 mois ?



ETAT FEBRILE CODE CIM 10 : R50.9

++++ FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE
++++ NON CARACTÉRISTIQUE ET NON
CLASSABLE AILLEURS

++1| ASSOCIÉE À DES SYMPTÔMES ET
SIGNES GÉNÉRAUX ET LOCAUX

+ - toux
+ - obstruction, écoulement nasal

Ces 4 lignes : votre certitude clinique !

Parce que ces 4 lignes, 3 jours plus tard, rappelleront clairement le tableau clinique relevé ce jour-là.

3 jours plus tard, la patiente revient car elle a toujours de la fièvre et de la toux. A l'auscultation, un foyer de crépitants est apparu ...

Toujours en 4 lignes, toujours aussi précis, vous relèverez

Définition du RC : PNEUMOPATHIE AIGUE
++1 SIGNES CLINIQUES
++++ fièvre ou frissons
++++ râles crépitants en foyer
++1 toux
++1 douleur thoracique localisée
++1 SIGNES RADIOLOGIQUES CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉS À :
++1 fièvre
++1 toux
++1 douleur thoracique localisée
++1 râles crépitants en foyer
+ - expectoration
+ - dyspnée avec battements des ailes du nez du nourrisson
+ - douleur abdominale
+ - état général altéré
+ - submatité
+ - souffle tubaire
+ - augmentation des vibrations vocales
+ - germe identifié
+ - récidive

PNEUMOPATHIE AIGUE CODE CIM 10 : J18.9

++1| SIGNES CLINIQUES
++++ fièvre ou frissons
++++ râles crépitants en foyer

++1| toux

Liste des 279 Résultats de consultations

ABCÈS SUPERFICIEL	BALANOPOSTHITE
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	BLESSURES COMBINÉES LÉGÈRES
ACCÈS ET CRISE	BLESSURES COMBINÉES SÉVÈRES
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	BOUFFÉES DE CHALEUR
ACNÉ VULGAIRE	BRONCHIOLITE
ACOUPHÈNE	BRONCHITE AIGUË
ADÉNOPATHIE	BRONCHITE CHRONIQUE
ALBUMINURIE	BRÛLURE
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	CANAL CARPIEN
ALGODYSTROPHIE	CANCER
AMAIGRISSEMENT	CATARACTE
AMÉNORRHÉE – OLIGOMÉNORRHÉE – HYPOMÉNORRHÉE	CÉPHALÉE
ANÉMIE (NON FERRIPRIVE)	CÉRUMEN (BOUCHON DE)
ANÉMIE FERRIPRIVE – CARENCE EN FER	CERVICALGIE
ANÉVRYSME ARTÉRIEL	CHALAZION
ANGINE (AMYGDALITE –PHARYNGITE)	CHEVEUX (CHUTE)
ANGOR –INSUFFISANCE CORONARIENNE	CICATRICE
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE	CIRRHOSE DU FOIE
ANOMALIE POSTURALE	COCCYDYNIE
ANOREXIE –BOULIMIE	COL UTÉRIN (ANOMALIE DU)
ANXIÉTÉ –ANGOISSE	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE
APHTE	COLOPATHIE FONCTIONNELLE
APPÉTIT (PERTE D')	COMPORTEMENT (TROUBLES)
ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS	CONJONCTIVITE
ARTHROPATHIE PÉRIARTHROPATHIE	CONSTIPATION - FECALOME
ARTHROSE	CONTRACEPTION
ASTHÉNIE – FATIGUE	CONTUSION
ASTHME	COR – DURILLON
BACTÉRIURIE – PYURIE	CORPS ÉTRANGER DANS CAVITÉ NATURELLE
	CORPS ÉTRANGER SOUS–CUTANÉ

CRAMPE MUSCULAIRE	ENGELURE
CYSTITE – CYSTALGIE	ENROUEMENT
DÉCÈS	ENTORSE
DÉMENCE	ÉNURÉSIE PSYCHOGÈNE
DENT (PATHOLOGIE DE LA)	ÉPAULE (TÉNO-SYNOVITE)
DÉPRESSION	ÉPICONDYLITE
DERMATOPHYTOSE	ÉPIGASTRALGIE
DERMATOSE	ÉPILEPSIE
DERMITE SÉBORRHÉIQUE	ÉPISTAXIS
DIABÈTE DE TYPE 1	ÉRYSIPELE
DIABÈTE DE TYPE 2	ÉRYTHÈME FESSIER DU NOURRISSON
DIARRHÉE (ISOLÉE, NON INFECTIEUSE)	ESCARRE
DIARRHÉE – NAUSÉE – VOMISSEMENT	ÉTAT FÉBRILE
DIFFICULTÉ SCOLAIRE	ÉTAT MORBIDE AFÉBRILE
DORSALGIE	EXAMEN SYSTÉMATIQUE ET PRÉVENTION
DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE	FIBRILLATION – FLUTTER AURICULAIRE
DOULEUR PELVIENNE	FISSURE ANALE
DUPUYTREN (MALADIE DE) – FIBROMATOSE PLANTAIRE	FOLLICULITE SUPERFICIELLE
DYSLIPIDÉMIE	FRACTURE
DYSMÉNORRHÉE	FURONCLE – ANTHRAX
DYSPHAGIE	GALE
DYSPNÉE	GASTRITE CHRONIQUE
DYSURIE	GINGIVITE
ECCHYMOSE SPONTANÉE	GLAUCOME
ECZÉMA	GOITRE - NODULE THYROÏDIEN
ECZÉMA FACE DU NOURRISSON	GOÛT (ANOMALIE DU)
ECZÉMA PALMO–PLANTAIRE DYSHIDROSIQUE	GOUTTE
ECZÉMA PALMO–PLANTAIRE FISSURAIRE	GROSSESSE
EMBOLIE PULMONAIRE	HALLUX VALGUS
	HÉMATURIE

HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE	LIPOME
HÉMORROÏDE	LITHIASÉ BILIAIRE
HÉPATITE VIRALE	LITHIASÉ URINAIRE
HERNIE – ÉVENTRATION	LOMBALGIE
HERNIE HIATALE	LUCITE – ALLERGIE SOLAIRE
HERPÈS	LUXATION
HTA	LYMPHANGITE
HUMEUR DÉPRESSIVE	MAL DE GORGE
HYGROMA	MALADIE DE CROHN - RECTOCOLITE
HYPERGLYCÉMIE	HEMORRAGIQUE
HYPERSUDATION	MALADIE – ÉVANOUISSEMENT
HYPERTHYROÏDIE	MÉMOIRE (PERTE DE)
HYPERURICÉMIE	MÉNOPAUSE (PROBLÈME ET SUIVI)
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	MÉNORRAGIE – MÉTRORRAGIE
HYPOTHYROÏDIE	MIGRAINE
IATROGÈNE – EFFET INDÉSIRABLE D'UNE THÉRAPEUTIQUE	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
IMPÉTIGO	MOLLUSCUM PENDULUM
INCONTINENCE URINAIRE	MORSURE – GRIFFURE
INFARCTUS DU MYOCARDE	MUSCLE (ÉLONGATION – DÉCHIRURE)
INSOMNIE	MYALGIE
INSUFFISANCE CARDIAQUE	NAEVUS
INSUFFISANCE RÉNALE - MALADIE RENALE CHRONIQUE	NAUSÉE OU VOMISSEMENT
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	NERVOSISME
INTERTRIGO	NÉVRALGIE – NÉVRITE
JAMBES LOURDES	OBÉSITÉ
KYSTE SÉBACÉ	OEDÈME DE QUINCKE – URTICAIRE GÉANTE
KYSTE SYNOVIAL	OEDÈME LOCALISÉ
LANGAGE ORAL ET ÉCRIT (TROUBLE DU)	OEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS
LEUCORRHÉE	OEIL (LARMOIEMENT)
	OEIL (TRAUMATISME)

OEIL (TROUBLE DE LA VISION)
 ONGLE (ANOMALIE DE L')
 ONGLE (ONYCHOMYCOSE)
 ONGLE (TRAUMATISME)
 ONGLE INCARNÉ
 ORCHI-ÉPIDIDYMITÉ
 ORGELET
 OSTÉOCHONDROSE
 OSTÉOPOROSE
 OTALGIE
 OTITE EXTERNE
 OTITE MOYENNE
 PALPITATION – ÉRÉTHISME CARDIAQUE
 PANARIS
 PANCREATITE
 PARASITOSE DIGESTIVE
 PARESTHÉSIE DES MEMBRES
 PARKINSONIEN (SYNDROME)
 PHLEGMON DE L'AMYGDALE
 PHOBIE
 PIED (ANOMALIE STATIQUE)
 PIED D'ATHLÈTE
 PIQÛRE D'INSECTE
 PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT
 PITYRIASIS VERSICOLOR
 PLAIE
 PLAINTE ABDOMINALE
 PLAINTES POLYMORPHES
 (TROUBLE SOMATOFORME)
 PNEUMOPATHIE AIGUË
 POLLAKIURIE
 POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
 POST-PARTUM (COMPLICATION)
 PPR – HORTON
 PRÉCORDIALGIE
 PRÉPUCE ADHÉRENCE – PHIMOSIS
 PROBLÈME DE COUPLE
 PROBLÈME FAMILIAL
 PROBLÈME PROFESSIONNEL
 PROCÉDURE ADMINISTRATIVE
 PROLAPSUS GÉNITAL
 PROSTATE (HYPERTROPHIE)
 PROSTATITE
 PRURIT GÉNÉRALISÉ
 PRURIT LOCALISÉ
 PSORIASIS
 PSYCHIQUE (TROUBLE)
 PYÉLONÉPHRITE AIGUË
 RÉACTION À SITUATION ÉPROUVANTE
 RÉACTION TUBERCULINIQUE
 RECTORRAGIE - MELENA
 REFLUX – PYROSIS – OESOPHAGITE
 RHINITE
 RHINOPHARYNGITE – RHUME
 RONCHOPATHIE – APNÉE DU SOMMEIL
 SCIATIQUE
 SCLÉROSE EN PLAQUES
 SEIN (AUTRE)
 SEIN (TUMÉFACTION)
 SÉNILITÉ (SUJET ÂGÉ FRAGILE)

SEXUELLE (DYSFONCTION)

SINUSITE

SOUFFLE CARDIAQUE

SPA - PELVISPONDYLITE

STÉNOSE ARTÉRIELLE

STOMATITE – GLOSSITE

SUICIDE (TENTATIVE)

SUITE OPÉRATOIRE

SURCHARGE PONDÉRALE

SURDITÉ

SYNDROME DE RAYNAUD

SYNDROME MANIACO–DÉPRESSIF

SYNDROME PRÉMENSTRUEL

SYNDROME ROTULIEN

TABAGISME

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

TARSALGIE – MÉTATARSALGIE

TENDON (RUPTURE)

TÉNOSYNOVITE

THROMBOPHLÉBITE

TIC

TOUX

TOXICOMANIE

TRAC

TRAUMATISME CRÂNIO–CÉRÉBRAL

TREMBLEMENT

TROUBLE DU RYTHME (AUTRE)

TUMÉFACTION

TYMPAN (PERFORATION TRAUMATIQUE)

ULCÈRE DE JAMBE

ULCÈRE DUODÉNAL

ULCÈRE GASTRIQUE

URÉTRITE

URTICAIRE

UTÉRUS (HYPERTROPHIE – FIBROME)

VACCINATION

VALVULOPATHIE

VARICELLE

VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

VERRUE

VERTIGE – ÉTAT VERTIGINEUX

VIH

VULVITE – VAGINITE

ZONA

Liste des chapitres pour les Dénominations Hors Liste (DHL)

DHL 01 – Certaines maladies infectieuses et parasitaires

DHL 02 – Tumeurs bénignes

DHL 03 – Maladies du sang, des organes hémato. et certaines maladies du système immunitaire

DHL 04 – Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

DHL 05 – Troubles mentaux et du comportement

DHL 06 – Maladies du système nerveux

DHL 07 – Maladies de l'œil et de ses annexes

DHL 08 – Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

DHL 09 – Maladie de l'appareil circulatoire

DHL 10 – Maladies de l'appareil respiratoire

DHL 11 – Maladies de l'appareil digestif

DHL 12 – Maladies de la peau et des tissus cellulaires sous cutanés

DHL 13 – Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles

DHL 14 – Maladies de l'appareil génito-urinaire

DHL 15 – Grossesse, accouchement et puerpéralité

DHL 16 – Certaines affections dont origine période périnatale

DHL 17 – Malformations congénitales et anomalies chromosomiques

DHL 18 – Symptômes, signes et résultats anormaux, non classé ailleurs

DHL 19 – Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

En résumé : le DRC en 10 points

- 1.** Le dictionnaire permet au médecin de relever par le RC, la **certitude clinique** (le plus haut niveau de preuve), en fonction des éléments en sa possession au moment de la consultation. Le RC décrit le "problème" que le médecin prend en compte, pour lequel il doit prendre des décisions.
- 2.** Le dictionnaire permet au praticien de retrouver facilement dans une liste alphabétique, les 287 termes qu'il utilise le plus souvent dans son exercice journalier. En vertu de la "**Loi de répartition régulière des cas**", tout praticien exerçant la médecine générale, doit s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 situations cliniques, pourvu qu'il les désigne toujours de la même manière.
- 3. Le RC n'est pas un motif de consultation.** Ce terme est réservé aux dires et aux mots du patient. Si le RC se résume à un symptôme (exemple : TOUX), il est le fruit d'un raisonnement professionnel qui certifie que cette toux n'est pas...
- 4.** Les 287 RC recouvrent **95 % des phénomènes pathologiques** rencontrés par un praticien généraliste dans son exercice. Il ne doit pas pour autant, méconnaître les 5 % d'affections qu'il observera plus rarement.
- 5.** Chaque RC comporte un titre, une **définition** avec des critères d'inclusion et des compléments sémiologiques.

6. Les quatre "**positions diagnostiques**" (symptôme, syndrome, tableau de maladie et diagnostic certifié) n'ont pas de valeur hiérarchique. Elles sont équivalentes en tant que certitude clinique en fin de séance. En revanche, elles définissent le degré d'ouverture diagnostique de la situation clinique relevée.
7. En consultant la liste des "**Voir aussi**", le praticien s'assurera qu'aucun RC plus caractéristique ne correspondrait mieux à la situation clinique à prendre en charge. Il élimine le premier risque d'erreur diagnostique, celui de se tromper de RC.
8. En consultant, la liste des "**Diagnostics Critiques**", le praticien pourra évoquer les maladies graves qui, à un moment de leur évolution, correspondrait au RC retenu. Il élimine ainsi le deuxième risque d'erreur diagnostique, celui de méconnaître une maladie grave sous-jacente.
9. La correspondance de chaque définition du dictionnaire avec la **CIM-10** est la garantie d'un langage transversal et international commun à toutes les spécialités médicales.
10. Il existe aussi une correspondance entre chaque RC et un ou plusieurs codes des composants 1 ou 7 des 17 chapitres de la **CISP**.

Une dernière version papier



Il existe aussi une version papier.

Celle-ci date de 2010 et sera la dernière.

Nous l'offrons gratuitement sur simple demande à la SFMG.

Le Dictionnaire est à votre disposition

L'eDRC

Le DRC est utilisable à l'aide d'un module informatique. **Téléchargez-le** dès maintenant, **gratuitement** sur le site de la SFMG : www.sfmfg.org

Un simple copier/coller depuis ce petit logiciel de sémiologie vous permet d'utiliser le DRC en complément de votre logiciel médical.

A bord de certains logiciels médicaux

Le DRC est aussi à bord de certains logiciels médicaux. Les éditeurs l'ont intégré en respectant un cahier des charges fournis par la SFMG. Les informations enregistrées sont dites structurées et permettent au médecin d'analyser ou de retrouver des données issues de son codage.

Les logiciels qui ont intégré le DRC :

- éO Médecin
- éO MSP
- HelloDoc
- HyperMed
- MediStory
- Shaman
- X-Med



Le Dictionnaire des Résultats de consultation[®]

Comment gérer le risque
de l'incertitude diagnostique

Pour sécuriser votre démarche diagnostique

utilisez le

Dictionnaire des Résultats de Consultation®

Plus rapide que le texte libre

- Une sémiologie facile et précise
- Des diagnostics pertinents
- Une sécurité médico-légale
- Un codage automatique en CIM10 et CISP

