

Sémiologie cardio-vasculaire

EXAMEN CLINIQUE

La sémiologie est la discipline qui étudie les signes. Ceux-ci peuvent être fonctionnels ou d'examen

I-Interrogatoire: Temps CAPITAL.

A la fin de l'interrogatoire vous devez avoir construit votre idée sur la signification de la plainte du patient, sa gravité, et la probabilité de telle ou telle maladie = Probabilité clinique pré-test.

- Cela orientera toute votre démarche ultérieure :
 - la probabilité d'un diagnostic
 - la nécessité de bilan complémentaire
 - la nécessité d'hospitalisation
 - le degré d'urgence.
- La technique de l'interrogatoire :
 - Non orienté mais « dirigé »
 - Poser des questions claires/faciles
 - Suggérer parfois des réponses
 - Savoir traduire ce que dit le patient :J'ai le cœur qui s'arrête
 - Ne vous laissez pas entraîner dans des commentaires tout à fait inutiles
 - Le patient doit vous décrire ce qu'il ressent, pas faire un diagnostic « j'ai une crise cardiaque »
 - N'acceptez pas tous les diagnostics «J'ai fait 4 phlébites »
 - Faire préciser les ATCD décrits.
 - Posez des questions précises ;exemples :
 - Dans quelle circonstance est-ce arrivé ?
 - Depuis quand avez-vous ce symptôme ?
 - Qu'avez-vous fait pour que le symptôme disparaisse ?
 - Combien de temps a duré la douleur ?
 - Il y a-t-il une position qui augmente la douleur ?
 - Avez-vous eu de la fièvre ?
 - Avez-vous ressenti d'autres symptômes en même temps
 - Palpitations en même temps qu'une douleur ?
 - Douleur thoracique en même temps qu'un essoufflement ?

1- Motif de la consultation : Le Contexte++, Il est toujours important de le noter



Le signe fonctionnel ne sera interprété que qu'intégré au contexte: Une douleur thoracique chez un sujet jeune stressé en période d'examens scolaires sans passé pathologique sans facteur de risque, n'a pas la même signification que la même douleur chez un homme de 60 ans, diabétique, artéritique, tabagique.

2-Facteurs de risque d'athérosclérose :

Caractéristiques personnelles non modifiables	Caractéristiques biochimiques ou physiologiques modifiables	Habitudes de vie
<ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe masculin • Antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire • Antécédents personnels de maladie cardio-vasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Elévation de la pression artérielle • Elévation du cholestérol total sanguin • Elévation du cholestérol LDL sanguin • Diminution du cholestérol HDL sanguin • Diabète • Facteurs de thrombose 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation riche en graisses saturées, cholestérol, et calories • Tabagisme • Sédentarité • Consommation excessive d'alcool • Obésité : indice de masse corporelle, périmètre abdominal

3-Symptômes fonctionnels:

a-La douleur thoracique : Les douleurs thoraciques sont un motif très fréquent de consultation et de recours aux services de soins notamment en urgence il faut toujours préciser :

- CARACTERES DE LA DOULEUR : le type (constriction, brûlure,..), lesiège (rétro sternal, en barre médio thoracique,..), l'irradiation, la durée, s'arrête spontanément ou non...
- CIRCONSTANCES DE SURVENUE : repos, effort,
- EVOLUTION DANS LE TEMPS : stable, aggravation,

b- La dyspnée :

- son ancienneté ;
- son mode d'installation ;
- son mode de survenue : au repos ou à l'effort ;
- ses conditions d'apparition : horaire, influence climatique,
- les facteurs qui la déclenchent ;
- son type : inspiratoire ou expiratoire,
- son évolution selon la position corporelle : orthopnée, platypnée ;
- son mode d'évolution : permanente ou paroxystique,
- son intensité ; apprécier sa gravité (NYHA)

Classification de la NYHA	
classe I	dyspnée d'effort exclusive pour des efforts inhabituels ; le patient n'éprouve aucune gêne dans la vie courante
classe II	dyspnée d'effort exclusive pour des efforts importants de la vie courante, comme la marche rapide ou la montée de plus de 2 étages
classe III	dyspnée d'effort exclusive pour des efforts modestes de la vie courante, comme la marche en terrain plat à vitesse normale ou la montée de moins de 2 étages
classe IV	dyspnée permanente, de repos comme d'effort, confinant le patient au logement, voire à la chambre

c-Les palpitations : Les palpitations correspondent à la perception anormale des battements cardiaques, qui paraissent plus rapides ou plus forts qu'habituellement. Elles sont souvent révélatrices d'un trouble du rythme cardiaque et il faut essayer d'en faire préciser les caractères par le patient. Il faut préciser :

- son ancienneté ;
- son mode d'installation ;
- son mode de survenue : au repos ou à l'effort ;
- ses conditions d'apparition : horaire, influence climatique,
- les facteurs qui la déclenchent ;
- son mode d'évolution : permanente ou paroxystique,

d-Syncope : Perte de connaissance brève, en général avec chute, liée à une diminution transitoire du débit sanguin cérébral, la syncope est un phénomène fréquent mais souvent difficile à caractériser. Elle doit être distinguée des malaises sans perte de conscience vraie (lipothymies). L'interrogatoire est le temps capital du diagnostic, car les causes de syncope sont nombreuses.

e-Claudication des membres inférieurs.

f-Hémoptysies.

g-Toux.

4-Rechercher des affections pouvant avoir un retentissement cardiaque :

- Rhumatisme articulaire aigu ==> atteintes valvulaires
- Affections pulmonaires ==> insuffisance cardiaque droite
- Maladies rénale ==> hypertension artérielle.
- Radiothérapie ==> Répercussions cardiaques
- Tuberculose ==> Péricardite constrictive

5-Rechercher des prises médicamenteuses pouvant avoir un retentissement cardiaque :

- Prise de pilule oestroprogestative==> risque d'Embolie Pulmonaire
- Prise d'anorexigène ==> HTAP et valvulopathie
- Collyre bêta-bloquant ==> risque de BAV (syncope)
- Vasoconstricteurs ==> crise de tachycardie ou d'angor
- Neuroleptiques ==> risque de Thrombose veineuse et d'Embolie Pulmonaire

II-Examen clinique : Temps Capital de la prise en charge d'un patient.

- Regarder
- Interroger
- « scruter » tous les éléments antérieurs du dossier médical (compte rendu, analyse de sang, ordonnance, courriers médicaux..)
- Examiner

1-INSPECTION :!!! Regardez votre patient !!!

- Aspect général
 - Obésité
 - Maigreur extrême
 - ==> noter poids et taille du patient sur votre dossier.
 - ==> Périmètre abdominal
- Renseignements visibles dès l'inspection du patient
 - Séquelles d'AVC
 - Cicatrice de sternotomie/ d'endarterectomie carotide/ de chirurgie Aortique
 - Mollets de coq de l'artérite des membres inférieurs
 - Pâleur du sujet anémique
 - Varicosité des pommettes du Rétrécissement mitral
 - Varicosités des pommettes et parotides du grand buveur
 - Gynécomastie (traitement par aldactone, digoxine..)
 - Ongles jaunies (grand fumeur)
 - Exophtalmie/Goître/ tremblements de l'hyperthyroïdien (troubles du rythme)
 - Mammectomie/points de repères de radiothérapie (Toxicité cardiaque des trt anticancéreux)
- Comment respire le patient ?
 - Polypnée ?
 - Respiration abdominale ?
 - Battements des ailes du nez ?
 - Tirage intercostal ?
- CYANOSE :
 - coloration anormale, violacée de la peau et des muqueuses,
 - résulte d'une désaturation en oxygène
 - Dysfonction de l'hématose pulmonaire

- Shunt droit -gauche (malformation cardiaque)
- Raréfaction de l'air inspirée (altitude > 5000 m)
- Anomalie de l'Hb (incapable de transporter l'O2)
- Se voit sur : les lèvres, les Ongles, les oreilles, le nez, les extrémités.
- Hippocratisme digital
 - Hypoxie chronique
 - Endocardite infectieuse
 - Cardiopathie cyanogène
- Aspect de sclérodermie
 - Peau du visage tendue
- Ictère.
- Œdèmes de l'insuffisance cardiaque : augmentation de volume des liquides dans le secteur extravasculaire interstitiel.
 - Déclives (pas toujours membres inférieurs)
 - Non douloureux
 - Blancs
 - Mous
 - Prennent le godet
 - Signent déjà une rétention hydrique importante
 - Augmentant au cours de la journée
- Turgescence jugulaire
 - En position assise
 - Spontanée
 - Favorisée par pression de l'hypochondre droit
 - Signe une surcharge du cœur droit
- Hyper-pulsatilité Artérielle
 - *Carotides *Humérales : de l'Insuffisance Aortique.

2-PERCUSSION :

- De l'aire cardiaque – Matité de l'épanchement péricardique
- Du thorax – Epanchement ?
- De l'abdomen – Ascite ?

3-PALPATION « TOUCHER »

- Température de la peau (pieds froids des artéritiques)
- Peau froide des patients en hypodébit (choc cardiogénique)
- Hyperthermie
- Recoloration capillaire (sous unguéale)
- Examen des artères : Prise du pouls radial
 - Régulier ?
 - Pouls rapide (hyperthermie/hypovolémie)
 - Pouls filant de l'insuffisance cardiaque
 - Pouls bondissant de l'Insuffisance aortique
 - Pouls de KUSSMAUL des épanchements péricardiques mal tolérés
- Foie cardiaque
 - Hépatomégalie. Le gros foie cardiaque est sensible, voire douloureux, à bord mousse.
 - On peut mettre en évidence un reflux hépato-jugulaire:
- Palpation du thorax, à la recherche :
 - du choc de pointe.
 - d'un frémissement (perçu avec la paume de la main):
 - » Frémissement cataire du Rétrécissement Mitral
 - » Thrill sus-sternal du Rétrécissement Aortique;

– d'un Signe de Hartzel : c'est la perception des battements du ventricule droit en mettant le pouce dans l'appendice xiphoïde, qui témoignent d'une hypertrophie ventriculaire droite.

- Prise de tous les pouls périphériques
 - De façon symétrique
 - Abolition du pouls pédieux dans 10% des cas
- Prise de la TA : Chez un patient au repos ; En décubitus ou assis ; Dans le calme ; Plusieurs prises ; Aux 2 bras ; Calcul de l'IPS :
IPS Index de Pression Systolique = Pression Cheville (Tibial Postérieur ou Pédieuse) / Pression Humérale

4-AUSCULTATION CARDIAQUE :

- Temps essentiel de l'examen cardiologique.
- Doit être réalisée dans de bonnes conditions : dans le silence, couché puis assis ou debout, et en décubitus latéral gauche, parfois après effort.
 - le foyer aortique : extrémité interne du 2° espace intercostal droit, pour les sigmoïdes aortiques.
 - le foyer pulmonaire : extrémité interne du 2° espace intercostal gauche et le long du sternum, pour les sigmoïdes pulmonaires et accessoirement aortiques.
 - le foyer xiphoïdien : pour l'orifice tricuspide et le ventricule droit.
 - la pointe du cœur (apex), ou foyer mitral : au 5° espace intercostal gauche, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire, pour la valvule mitrale et le ventricule gauche.
 - certains souffles s'entendent mieux au niveau de l'aire mésocardiaque, située à mi-chemin entre l'apex et le foyer pulmonaire.

- Bruits du cœur normaux

B1	B2
Fermeture des AV	Fermeture des sigmoïdes A et P

- Anomalies des bruits physiologiques :
 - Eclat du 1er Bruit: Sclérose valve mitrale
 - Eclat du 2nd bruit: HTA ou HTAP
 - Assourdissement des bruits du cœur: Epanchements péricardiques, Obésité, Emphysème
- Dédoublage des bruits du cœur
 - DB1 physiologique (fermeture mitrale précède celle de la tricuspide)
 - DB1 du Bloc de branche droit
 - DB2 Physiologique en Inspiration
- Souffle Cardiaque : 5 Caractères à préciser:
 - Temps : Selon la place et la durée des souffles dans la systole et la diastole ils sont appelés :
Proto- (systolique ou diastolique) : début (de la systole ou de la diastole),
Méso- (systolique ou diastolique) : milieu (de la systole ou de la diastole),
Télé- (systolique ou diastolique) : fin (de la systole ou de la diastole),
Holo- (systolique ou diastolique) : du début à la fin (de la systole ou de la diastole).
 - Foyer
 - Timbre
 - Irradiation
 - Intensité :
 - 1/6 très faible
 - 2/6 faible mais facilement perçu
 - 3/6 moyenne
 - 4/6 forte avec frémissement

- 5/6 très forte
- 6/6 entendu à distance du thorax (quelques centimètres)
- Souffles anorganiques :
 - Uniquement proto-systolique
 - Ne correspondent pas à une maladie cardiaque
 - Variable en intensité en topographie et selon le cycle respiratoire
 - Disparaissent en position debout
 - Sujet très jeune
- Souffles fonctionnels :
 - Mauvais fonctionnement du muscle cardiaque ou hyperpression dans les vaisseaux avec distension des valvules qui deviennent incontinentes (pas de lésion organique de la valve)
 - Ex Insuffisance mitrale ou tricuspide (signe de RivalloCarvallo : c'est l'auscultation d'un souffle systolique au niveau de l'appendice xiphoïde en inspiration)
- Souffles organiques = lésion des orifices valvulaires
 - Constants
 - Se propagent dans une direction précise (irradiation)
 - Peuvent s'accompagner de frémissement
- Galop
 - Galop protodiastolique (remplissage initial)
 - Galop présystolique (remplissage terminal)
 - Galop de sommation (milieu de diastole)
- Frottement péricardique
 - Bruit superficiel sans irradiation
 - Bruit de va et vient (respecte les bruits du cœur)
 - Rythmé par les battements cardiaques Mésosystolique ou mésodiastolique
 - Intense = Crissement du cuir neuf ou discret = froissement de la soie
 - Persiste en apnée
 - Mieux entendu en inspiration en Décubitus et en expiration en position assise
 - Epanchement de petite abondance
- Auscultation Pulmonaire
 - Râles crépitants:
 - Symétriques
 - Prédominants aux bases
 - Signent une Insuf ventriculaire gauche
 - Râles Sibilants:
 - De « l'asthme cardiaque »

Référence :

- Livre Précis de Sémiologie
- EMC de Cardiologie