

Cours de sémiologie
Pr. Dominique Farge

CARDIOLOGIE

Première partie : l'examen clinique en cardiologie

Seconde partie : les syndromes

L'EXAMEN CLINIQUE EN CARDIOLOGIE

INTERROGATOIRE

1) Motifs de consultation – éléments à rechercher à l'interrogatoire

a) Les cinq principales douleurs thoraciques

* douleur de la dissection aortique

- Elle s'accompagne d'une abolition des poulx.
- Caractéristique : douleur fulgurante.

* douleur de la péricardite

Elle est liée à un processus inflammatoire au niveau du péricarde.

* douleur liée à l'embolie pulmonaire

cf syndrome de la maladie thrombo-embolique

* douleur de l'angor (ou angine de poitrine)

- Elle est liée à une diminution du VO₂ due à un rétrécissement de la lumière artérielle coronaire, ce rétrécissement étant lui-même dû à un dépôt d'athérome (d'origine lipidique)

- Caractéristiques de la douleur :

Siège : rétro-sternale, médiane, large qui va d'un pectoral à l'autre (le patient la désigne par la paume de la main)

Irradiations : vers bras gauche, épaule gauche, cou et mâchoire inférieure (parfois douleurs atypiques avec irradiations dorsales ...)

Type : intense, en étau, constrictive ("ça me serre")

- 2 types : □ angor d'effort : survient à l'effort et est calmée par prise de trinitrine (trinitrosensible) ou à l'arrêt de l'effort. Elle se reproduit au même effort.

□ angor de repos : douleur prolongée de 5 à 15 min, survient au repos, Variablement trinitro-sensible.

* douleur de l'infarctus

- Elle est liée à une obstruction complète de la lumière coronaire (toujours liée à un dépôt d'athérome) parfois accompagnée d'une nécrose du myocarde.

- Caractéristiques : très forte , non trinitro sensible.

A NOTER : Les dépôts d'athérome peuvent se réaliser partout d'où douleurs liées mais non thoraciques :

* douleur de l'artérite mésentérique

douleur dans l'abdomen qui apparaît pendant et après les repas.

* douleur de l'artérite des membres inférieurs

cf syndrome

b) La dyspnée

- Définition : sensation subjective de gêne à la respiration (essoufflement)

Cas spé : dyspnée sine matéria : dyspnée dont on ne connaît pas l'origine (peut être psychologique)

- Sensation subjective à traduire de manière objective :

> mesure de la FR (valeur normale : 12 à 15/ min)

- > préciser si dyspnée inspiratoire, expiratoire ou permanente
- Evolution : à l'effort puis au repos puis couché

c) perte de connaissance

* lipothymie

- Définition : sensation de malaise général, de vide noir sans perte totale de connaissance
- Elle s'accompagne de pâleur, sueur, bourdonnement d'oreilles.

* Syncope

- Définition : perte de connaissance brutale, totale sans aura (signe prémonitoire) liée à une baisse de l'ischémie transitoire, accompagnée habituellement d'une chute.
- Si syncope dépasse 15 s, respiration spectreuse, secousse des membres
Si syncope dépasse 30 s, cyanose.
- Ne s'accompagne pas de perte d'urine généralement ni de morsure de langue : à distinguer de la crise convulsive d'épilepsie

d) Les palpitations

- Définition : sensation anormale de perception des contractions cardiaques, irrégulière, intermittente et ressentie de façon angoissante par le patient.

Définition de l'arythmie : irrégularité du rythme cardiaque
(Possibilité de salves : brèves séquences de troubles du rythme)

- Causes : soit tachycardie (augmentation de la FC) soit extrasystoles
- A noter : l'extrasystole peut être normale chez l'enfant
Possibilité d'avoir palpitation après effort chez adulte.

e) La claudication intermittente

2) Les facteurs de risque cardiovasculaire

A) Modifiables

- tabac (en paquets année) en cours ou arrêt inférieur à 3 ans
- Dyslipidémie : HDL diminués ($<0.4\text{g/L}$)
LDL augmentés ($>1.6\text{g/L}$, seuil fonction du risque global)
- diabète de type 1 ou 2 : glycémie a jeun $>1.26\text{g/L}$
- obésité androïde : $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$
- absence d'activité physique régulière
- HTA : $\text{PA} > 140/90 \text{ mmHg}$
 $\text{PA} > 130/80 \text{ mmHg}$ si diabète ou néphropathie

ZOOM sur facteur de risque pour l'HTA

- consommation excessive d'alcool : >3 verres de vin ou eq chez homme
 >2 verres de vin ou eq chez femme
- catégorie à risque particulier : notamment groupes socio économiques défavorisés ou origine ethnique (afro américaine)
- atteinte d'un organe cible.

B) Non modifiables

- Sexe : hommes ont plus de risque que femmes, femmes ont risques quand ménopause précoce.
- Age : >50 ans chez homme
>60 ans chez femme
- hérédité (nécessité de réaliser un arbre généalogique) : antécédents cardiovasculaires familiaux précoces (avant 55 ans) chez père, mère ou parents du 1^{er} degré

INSPECTION

- L'approche du patient doit être systémique : l'individu est envisagé dans son ensemble.
 - Pour ne rien oublier :
 - il faut avoir en mémoire le 'bonhomme cross' qui permet d'installer une hiérarchie dans le raisonnement, en partant de la tête vers les pieds par exemple.
- On regarde les membres ; au niveau du cœur, pas grand-chose observable.
- Regarder le fond de l'œil, pour appréhender les retentissements des dysfonctionnements.
- > 4 stades de retentissements d'une hyper tension artérielle sur le fond de l'œil, selon la sévérité et l'ancienneté de l'HTA.
1. vasoconstriction :
artères rétrécies, rigides et cuivrées
 2. sclérose :
stade 1 + signe du croisement (compression de la veine par l'artère)
 3. exsudation :
stade 1 et 2 + dilatation des veines avec hémorragie + exsudation
 4. neuropathie optique :
stade 3 + œdème papillaire. Stade irréversible !

PALPATION

1) palpation du cœur

- se pratique en mettant la paume de la main à plat sur le thorax.
 - Elle permet de détecter différents signes :
- a) une diminution de la transmission tactile des battements du cœur qui peut traduire :
 - * une insuffisance cardiaque.

Définition : incapacité du cœur à effectuer sa fraction d'éjection ventriculaire gauche ou droite.

* l'infiltration d'un liquide (provenant d'une tumeur, métastase, insuffisance cardiaque, grippe) entre les feuillets péricardiques (péricardite).

b) signe de Harzer

- Définition : palpation tactile anormale du ventricule droit du cœur au niveau du creux tricuspideen, sous la xiphoïde.
 - Remarque : l'accès aux organes peuvent varier d'une corpulence/morphotype à l'autre, sans que ce soit pathologique donc il faut apprécier le sujet dans son ensemble.
- Cependant à l'état normal on ne perçoit pas la palpation du ventricule droit. De par l'orientation selon un axe gauche du cœur, sa palpation est anormale et correspond à une hypertrophie du ventricule droit.

Cette hypertrophie est liée à certaines maladies pulmonaires, cardiaques ...qui ne sont pas globales mais gauche ou droite.

- Ce signe de Harzer peut être un signe d'insuffisance cardiaque droite.

Celle ci s'accompagne généralement d'une stase dans le ventricule droit et dans le système veineux.

Cette stase et donc l'insuffisance cardiaque être mise en évidence par :

*un reflux hépato jugulaire

-sujet observé en position latérale droite ou gauche

-Détection par compression du bord inférieur du foie en remontant pour augmenter le retour veineux.

-Si distension de la veine jugulaire, signe du reflux hépato jugulaire.

*une turgescence des jugulaires

avec sujet en position semi assise

2) palpation artérielle des pouls périphériques

-S'effectue selon le 'bonhomme cross' : pouls temporal, huméral, radial, cubital, fémoral, poplité, tibial antérieur et postérieur.

-Important dans le cadre de l'examen cardio-vasculaire car la disparition d'un ou plusieurs des pouls périphériques est l'un des premiers signes de la maladie athéro-scléreuse.

3) palpation du système veineux

PERCUSSION

La percussion du cœur n'a pas vraiment de sens...

AUSCULTATION

1) Auscultation du cœur (au niveau de 4 foyers)

*foyer mitral

- Se situe sous le mamelon chez le sujet normal

- Correspond à l'auscultation de la pointe du cœur.

- Donne toute la sémiologie du ventricule gauche et la sémiologie mitrale

- Remarque : la perception est meilleure lorsque le patient est en position décubitus latéral gauche

* foyer xiphoïdien

- Perception au niveau de la xiphoïde à la base du sternum au niveau de la tricuspide (valve) et permet donc l'auscultation de la valve du cœur.

-On y recherche des bruits normaux ou anormaux, comme des turbulences (signe d'une insuffisance cardiaque droite)

*foyer pulmonaire

En remontant depuis le foyer xiphoïdien, au niveau du 2eme espace intercostal gauche

*foyer aortique

- L'aorte se déroule au niveau du 4eme espace intercostal droit

- A l'état normal, on entend deux bruits : B1 et B2

L'intervalle de temps entre B1 et B2 correspond à la systole, éjection ventriculaire gauche et l'intervalle entre B2 et B1 correspond à la diastole, remplissage.

- 2 types d'anomalies :

□ raccourcissement du temps de remplissage lors de l'accélération de la fréquence cardiaque.

□ bruits surajoutés de 3 natures possibles :

>un souffle

- Définition : écoulement turbulent au travers l'un des orifices valvulaires.

- Caractéristiques : systolique ou diastolique

crescendo, decrescendo ou losange

- Causes : fuite ou obstacle

>un galop

- Définition : bruit surajouté pendant la diastole

- signe patho-pneumonique d'une insuffisance cardiaque (qui diminue la fraction d'éjection)

- Il peut être protodiastolique (avant la diastole), télédiastolique (en fin de diastole) ou pendant toute la diastole.

> frottement péricardique.

- Définition : bruit que vont faire les deux feuillets péricardiques séparés par un liquide inflammatoire.

- Caractéristiques : superficiel, aigu, sec, fugace et difficile à entendre car ce frottement est variable selon l'heure de la journée et la position du stéthoscope.

(peut être comparé au bruit du frottement du cuir neuf)

- Nécessité de suivre son évolution car sa disparition est liée soit à la résorption soit à l'augmentation de l'épanchement

- Remarque : la tuberculose peut être à l'origine d'un épanchement pleural.

2) Auscultation des vaisseaux sanguins

- toujours avoir en tête le bonhomme cross.

-Auscultation de

* l'artère ophtalmique (en cas de suspicion de tumeur cérébrale),

* les artères sous-clavières (à la recherche d'un souffle anormal),

* l'aorte abdominale

* l'artère fémorale (siège de prédiction de l'athérome)

*les artères iliaques.

-Sauf en cas de défaillance cardiaque droite, il n'y a pas lieu d'aller ausculter le système veineux.

3) Mesure de la pression artérielle

- 3 conditions nécessaires :

- * patient au repos depuis 10 min et détendu
- * brassard adapté à la morphologie du patient (si trop petit surestimation et inversement)
- * patient assis ou couché

-différents techniques de prises de tension :

- *brassard et stéthoscope
- * Holter (brassard sur 24h)
- * dynamap

- définition des différentes anomalies de la pression artérielle

	PAS	PAD
PA normale	<130	<85
HTA légère	140-159	90-95
modérée	160-179	95-105
sévère	180-209	105-119
maligne	>210	>120
Hypotension orthostatique	chute de 20	chute de 10

Remarque : Hypotension orthostatique : chute entre valeur de PA couché après 10 min de repos et debout (à mesurer immédiatement, après 3 min, après 6 min d'orthostatisme)

LES SYNDROMES

1) Syndrome de l'artériopathie des membres inférieurs

- Syndrome le plus fréquent en terme de maladie cardio-vasculaire.
- Il existe un processus anatomo-pathologique qui associe des facteurs de risques cardiovasculaires, aboutissant à l'obstruction progressive de la lumière artérielle par un mécanisme artérioscléreux, à retentissement clinique variable.

- On distingue différents signes :

*à l'interrogatoire

- douleur qui constitue ou non un motif de consultation
- recherche des facteurs de risques
- possibilité de problèmes sexuels

*à l'inspection

signes d'ischémie (arrêt de la circulation sanguine dans un tissu) voire de nécrose. Se caractérise par une pâleur cutanée, liée à l'obstruction d'une artère lors d'un processus athéromateux.

*à la palpation

- abolition d'un ou plusieurs pouls (tibial antérieur ou postérieur, poplitée, fémoral)
- une diminution de la chaleur locale

*à l'auscultation

un souffle sur le trajet artériel, si possible en amont de l'ischémie.

Remarque : si thrombose athéromateuse de l'aorte abdominale « homme sans pouls » ou syndrome de Leriche : oblitération complète par une pathologie athéromateuse en amont de l'aorte fémorale avec mobilisation des circulations collatérales.

- Ainsi l'on peut définir un syndrome à 4 stades :

1. le patient est asymptomatique.

Ce stade correspond donc à la découverte fortuite de l'abolition d'un pouls, lors de l'examen cardio-vasculaire du patient. Le pouls touché est majoritairement périphérique.

2. Claudication intermittente = ischémie d'effort.

Dans sa forme typique, correspond à l'apparition d'une douleur à l'effort, reproductible lors d'un effort semblable à type de striction, de serremments, de crampe au niveau du genoux, unilatéral ou bilatérale

Dans sa forme atypique, la douleur peut se limiter à des irradiations, perçues au niveau des fesses, de la cuisse ou de la plante des pieds ou à une lourdeur, une faiblesse ou des fourmillements, mais reste une douleur d'effort.

NB : douleur non trinitro sensible : la trinitrine n'agit que sur les artères coronaires

3. Douleur de décubitus (rappel : décubitus= position horizontale du corps allongé)

La douleur ischémique est devenue permanente, même au repos. La sensation de brûlure s'atténue lorsque les pieds sont en position basse.

4. Gangrène

Apparition d'une nécrose irréversible, donnant lieu à une cicatrice voire à une amputation.

La nécrose ayant des retentissements neurologiques, une de ses caractéristiques est l'absence de douleur à la palpation (urgence !!).

2) Syndrome de la maladie thrombo-embolique veineuse.

- Cette maladie associe deux entités pathologiques, qui ont la même valeur sémiologique :

-la thrombose veineuse profonde

-l'embolie pulmonaire

- Dans les deux cas il s'agit de l'oblitération de la lumière d'un vaisseau veineux à une localisation variable, pouvant entraîner une nécrose.

Si l'oblitération se propage jusque dans le système artériel pulmonaire, créant un infarctus du poumon, on parle d'embolie pulmonaire.

> La thrombose veineuse profonde se manifeste par différents signes :

*à l'interrogatoire

- douleur variable, au niveau d'un trajet veineux.

- douleur spontanée de type pesanteur, lourdeur (pas forcément de crampe), fourmillement qui ne survient pas à l'effort mais qui est permanente, pouvant se localiser dans les membres inférieurs ou supérieurs.

- douleur non systématique !

*à l'inspection

- un œdème unilatéral (bilatéralité rare), une peau luisante, turgescence avec éventuellement un réseau veineux apparent.

- des antécédents tels que des varices, une phlébite ou toute séquelle de thrombose veineuse préalable.

*à la palpation

- signe de Homans : douleur à la dorsiflexion passive du mollet car lorsqu'il y a une phlébite une douleur est ressentie à la mise en tension du muscle

- diminution du ballotement passif du mollet (testé en position allongée, les pieds semi fléchis)

- recherche du nœud caractérisé en amont par une stase

> L'embolie pulmonaire :

- Correspond à l'oblitération brusque de l'artère pulmonaire par un caillot fibrino-cruorique.
- Maladie trompeuse car il n'y a pas de parallélisme anatomo-clinique.
- On peut déceler :

*à l'interrogatoire :

- douleur thoracique d'emblée maximale, angoissante, brutale et exagérée par mouvements respiratoires. En revanche la douleur n'est pas provoquée par la nécrose ni par l'infarctus, mais par l'épanchement pleural réactionnel inflammatoire en regard de l'infarctus.

douleur n'est pas systématique (1/3 manquante)

- une gêne respiratoire avec une polypnée et une dyspnée
- une quinte de toux avec un crachat rouge (hémoptysie) parfois
- cyanose plus ou moins importante

*à l'inspection

décalage thermique lié à un état inflammatoire.

- Cette maladie peut être évolutive, mais sous sa forme grave elle fait partie de l'étiologie des morts subites.

Cours tapé à partir de ses notes et des ronéos par Noémie Falguière

Rapide relecture et mise en page par Clément Dumont

Si vous désirez apporter quelque chose en plus ou modifier quelque chose, demandez à Clément.