

UE13 cours 20 : Auscultation cardiaque – Sémiologie de l'insuffisance cardiaque

Conditions d'examen : - torse nu
- en décubitus dorsal

Foyers d'auscultation : -aortique : 2^{ème} EIC droit
-pulmonaire : 2^{ème} EIC gauche
-Mitral : 5^{ème} EIC gauche, ligne médioclaviculaire (siège du choc de pointe)
-Tricuspide : Xyphoïde

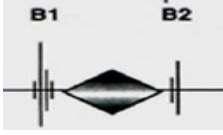
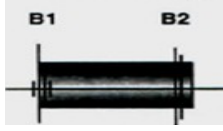

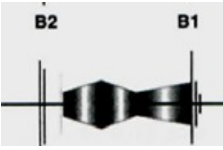
L'auscultation cardiaque :

	B1	B2
Auscultation cardiaque normale	Fermeture valves Atrio-Ventriculaires Son grave	Fermeture valves Aortique et Pulmonaire Son sec
Modifications	Eclat de B1 (fermeture plus violente)	<ul style="list-style-type: none"> •Eclat de B2 (souvent dû à une HTAP) •Dédoublement : <ul style="list-style-type: none"> -physiologique à l'inspiration : retour veineux ↑-->volume d'éjection du VD ↑--> fermeture plus longue de la valve pulmonaire -pathologique : Communication Inter Auriculaire
Bruits sur-ajoutés	<ul style="list-style-type: none"> •Uniquement en Diastole (après B2), liés à l'ébranlement exagéré d'un ventricule anormal, paroi distendue (sang qui tape sur une peau de tambour) : <ul style="list-style-type: none"> -B3 lors du remplissage rapide : galop protodiastolique -B4 lors de la contraction des oreillettes : galop télédiastolique •Clic mésosystolique : dystrophie valvulaire mitrale 	

Description des souffles :

Siège	Foyer d'intensité maximale Irradiations
Chronicité	<ul style="list-style-type: none"> -Proto-(systolique-dyastolique) : au début -Méso-(systolique-dyastolique) : au milieu -Télo-(systolique-dyastolique) : à la fin -Holo-(systolique-dyastolique) :du début à la fin
Intensité	1/6 : très faible, difficilement perçu 2/6 : faible intensité 3/6 : intensité moyenne à forte 4/6 : intensité forte avec frémissement palpable 5/6 : intensité très forte (sans poser le stéthoscope) avec frémissement palpable 6/6 : intensité maximale, perçu sans stéthoscope
Caractéristiques Phoniques	Timbre : grave, aigu Variable selon la position ou la respiration Tonalité

Les différents souffles

		Siège : max au foyer...	Chronicité	Caractéristiques
Rétrécissement Aortique (Rao)	-Dû à une sténose aortique : création d'un gradient de pression entre l'aorte et le VG - Proportionnel à la sévérité du Rao : sténose ↑ --> pression en amont (VG) ↑ --> gradient de pression ↑ -Si Rao très serré: abolition de B2	Aortique +Irradiation vers le haut (carotides)	Mésosystolique 	Son dur, râpeux
Insuffisance mitrale	-Fuite de la valve mitrale--> régurgitation rétrograde -Intensité non proportionnelle à la sévérité de l'insuffisance mitrale	Mitral +irradiation axillaire	Holosystolique (fuite lors de l'éjection) 	Son en jet de vapeur
Insuffisance Aortique		Aortique +irradiation bord gauche du sternum	Protodiastolique 	Majoré en position assise et penché en avant
Rétrécissement Mitral	-Dû à une sténose mitrale -Qualifié de roulement (son + grave) -Eclat de B1 possible -Eclat de B2 possible (indirectement par HTAP)	Mitral	Diastole (barrage entre OG et VG--> pb lors du remplissage) en relation avec courbes de pressions 	Majoré en décubitus latéral gauche
Frottement péricardique	Ce n'est pas un souffle Dû à l'inflammation des feuillets péricardiques	/	En Systole et/ou Diastole	Majoré lors d'une expiration forcée ou penché en avant

L'insuffisance cardiaque (IC)

Rappel classification NYHA de la dyspnée d'effort

Stades	Type d'effort	Impact sur la vie courante	Exemples
I	Important ou inhabituel	Pas de gêne	
II	Modéré	Limitation modérée	Marche rapide ou en côte, montée > 2 étages
III	Peu intense	Limitation plus importante	Terrain plat montée < 2 étages
IV	repos	Impossibilité de mener des actions sans gêne	Incapacité à s'habiller

• L'insuffisance Cardiaque CHRONIQUE gauche

	Signes d'amont : retentissement sur la circulation pulmonaire = congestion	Signes d'aval : retentissement sur la circulation artérielle = ↓ débit
Signes fonctionnels/ physiques	- Dyspnée liée à la congestion veineuse - Orthopnée par ↑ du retour veineux - Toux - Hémoptysie	- Dyspnée liée à la réduction du débit (la dyspnée est à la fois un signe d'amont et d'aval) - Hypotension
Auscultation pulmonaire	- Sibilants : causés par l'œdème interstitiel - Râles crépitants : causés par l'œdème alvéolaire - épanchement pleural : ↓ du murmure vésiculaire et des vibrations vocales (matité à la percussion)	
Auscultation cardiaque	- éclat de B2 possible : lié à une HTAP	- B3 ou B4 -↑ FC (pour compenser la ↓ du VES) -froideur des extrémités
Palpation		- Choc de pointe déplacé vers la gauche (normalement localisable ++ au foyer mitral, mais ici le VG se dilate) - pouls filant - froideur des extrémités (vasoconstriction)
Radio	-cardiomégalie : index cardiothoracique >0,5 -Stade 1 : dilatation des veines lobaires (par redistribution vers les sommets) -Stade 2 : œdème interstitiel : Scissurite, élargissement des hiles, lignes de Kerley, épanchement pleural -Stade 3 : Œdème alvéolaire	
ECG	•Absence de signe direct d'IC, mais souvent signes associés : -tachycardie -Hypertrophie ventriculaire gauche -↑ du QRS, Bloc de branche Gauche •Permet de rechercher une étiologie : -Infarctus du myocarde -Fibrillation Auriculaire	

Si insuffisance cardiaque gauche AIGUE : inondation brutale des alvéoles pulmonaires par le transsudat
 --> **œdème aigu du poumon**+++ :

- Pression capillaire pulmonaire > pression oncotique (25 mmHg)
- Signes fonctionnels : détresse respiratoire, expectorations mousseuses/ saumonées (si hémoptysie)
- inspection : Cyanose (signe de gravité)
- auscultation pulmonaire :râles crépitants

Il peut aussi y avoir une version dite « modérée »: le suboedème pulmonaire :

- Œdème interstitiel (bronchique) donne un asthme cardiaque : freinage expiratoire et sibilants
- Cet œdème peut devenir alvéolaire et donner une dyspnée (nocturne++) ainsi qu'une toux

Si grosse défaillance de la fonction du VG (forme plus grave) **signes d'avals** prédominant :

Choc cardiogénique :

- ↓ de la pression artérielle
- marbrures et oligurie/anurie : témoins des anomalies de la perfusion périphérique

• **L'insuffisance cardiaque droite**

	Signes d'amont : Retentissement sur la circulation veineuse	Signes d'aval : Retentissement sur la circulation pulmonaire
Signes physiques	<p>-Hépatalgie d'effort</p> <p>-Signe d'Harzer : palpation d'un choc de pointe au niveau de la xyphoïde (dilatation du VD)</p> <p>-Hépatomégalie, sensibilité/douleur à la palpation, bord inférieur « mou » (≠tranchant dans la cirrhose)</p> <p>-Turgescence des jugulaires</p> <p>-Reflux Hépto-Jugulaire : ne doit pas disparaître à l'inspiration forcée</p> <p>-Œdèmes déclives (blancs, mous, prenant le godet, indolores, symétriques) : ++mb inf ou lombes si patient en position déclive</p> <p>-Épanchement : pleural ou ascite</p>	-Dyspnée

- **Insuffisance cardiaque globale** : à la fois des signes d'insuffisance cardiaque droite et gauche