

Fiche UE4 Cours 2 : Sémiologie Cardiaque

1. Définitions et signes à connaître +++

Signe pathognomonique : signe caractéristique d'une seule pathologie, l'avoir implique donc d'avoir la maladie associée.

Dédoublement du B2 : signe d'une insuffisance cardiaque pulmonaire hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) ou d'une augmentation de la FC en inspiration profonde.

Insuffisance cardiaque : Déficit de la fonction d'éjection droite ou gauche.

2. L'auscultation cardiaque

Les **4 foyers d'auscultation cardiaque** à écouter au stéthoscope :

- Foyer *tricuspide* (au niveau de la xiphôïde)
- Foyer *mitral* (5^{ème} espace intercostal gauche)
- Foyer *aortique* (2^{ème} espace intercostal droit)
- Foyer *pulmonaire* (2^{ème} espace intercostal gauche, en face du foyer aortique)

Il faut aussi ausculter les artères et noter celles où on entend un souffle (avec la date) + les pouls.

En **situation physiologique** on entend seulement **B1** (fermeture des valves auriculo-ventriculaire : mitrale à gauche et tricuspide à droite) et **B2** (fermeture des valves sigmoïdes : aortique et pulmonaire). Le cœur gauche se contractant légèrement avant le cœur droit (plus haute pression), en situation pathologique, on peut avoir un découplage des bruits.

La systole ventriculaire est la contraction des chambres cardiaques basses, elle a lieu entre B1 et B2.

En **situation pathologique on a des bruits surajoutés**, ce sont des bruits qu'on n'entend pas en situation physiologique (donc ni B1, ni B2), on les classe en 3 types :

1. **Souffle** : signe de turbulence dans le cœur où dans les vaisseaux proches, il est indispensable de spécifier les **8 caractéristiques** pour poser un diagnostic :
 1. **Chronologie** : systolique ou diastolique ?
 2. **Situation dans le cycle** : systolique ou diastolique ? Au début (proto) ? Au milieu (méso) ? A la fin (télé) ? Tout le temps (holo) ? *Ex : souffle protodiastolique*
 3. **Forme** : Crescendo ? Decrescendo ? Analogue (c'est-à-dire constant) ?
 4. **Foyer d'intensité maximum** : identifier le siège
 5. **Irradiations** : cou ? sternum ? dos ? endapex ?
 6. **Intensité** : classé sur une échelle de 1 à 6/6^{ème}
 7. **Fréquence** haute (timbre aigu), moyenne ou basse (timbre grave)
 8. **Variation** selon l'inspiration, l'expiration ou la position
2. **Galop** : ajout d'un bruit diastolique sourd, il est toujours signe d'une insuffisance cardiaque gauche ou droite en fonction de là où il est entendu. En fonction de sa situation dans le cycle on parle de B3 ou B4. Quand B3 et B4 sont confondus on parle de **galop de sommation**.
Le galop de sommation est un signe pathognomonique de l'insuffisance cardiaque
3. **Frottement péricardique** : Cf. Ronéo ++, méso-cardiaque et variable, dû à la présence de liquide dans le péricarde et favorise insuffisance cardiaque. *Diminue l'intensité des bruits du cœur*.
Comme presque toujours en médecine, sa disparition peut signifier soit une amélioration : le problème a été corrigé (le péricarde s'est vidé), soit une aggravation : le problème a empiré (le péricarde étant entièrement rempli on n'entend plus les frottements).

3. La maladie thromboembolique veineuse (MTEV)

! \ Ne pas confondre les maladies/symptômes/facteurs de risques veineux et artériels, il y a des erreurs tous les ans aux partiels d'étudiants qui confondent les deux !

MTEV = occlusion de la lumière d'une veine par un caillot fibrino-chlorique de taille variable qui peut migrer et qui peut entraîner :

- **Thrombose veineuse profonde (TVP) ou phlébite**
- **Embolie pulmonaire (EP)**, peut se compliquer en **infarctus pulmonaire** si le caillot migre jusqu'à l'artère pulmonaire. *Les EP sont une cause de mort subite.*

Facteurs de risque

Permanents : <ul style="list-style-type: none">○ <i>Âge (> 75 ans)</i>○ <i>Hérédité : ATCD familiaux MTEV</i>○ <i>Thrombophilies</i>○ <i>Cancers/leucémies/syndromes myéloprolifératifs/dysglobulinémies</i>○ <i>Maladies inflammatoires</i>○ <i>Médicaments : chimiothérapies, contraception œstro-progestative</i>○ <i>Maladies CV : insuffisance cardiaque ou insuffisance veineuse chronique</i>○ <i>Compréhension veineuse</i>○ <i>Obésité (IMC +++)</i>	Transitoires (= facteurs déclenchants) : <ul style="list-style-type: none">○ <i>Chirurgie : orthopédique et abdomino-pelvienne ++</i>○ <i>Traumatologie : fractures, contusions, entorses</i>○ <i>Obstétrique : grossesse, accouchement, césarienne, post-partum, avortement</i>○ <i>Décubitus/Immobilisation prolongée +++</i>○ <i>Abord vasculaire : cathéter central ou périphérique</i>
---	--

Le diagnostic sémiologique

Pour les MTEV et EP

Souvent asymptomatique, signes révélateurs de MTEV : stases dans le territoire veineux droit, turgescence des jugulaires, ICD, reflux hépato-jugulaire, varices superficielles avec circulation veineuse collatérale...

Les **varices = lit MTEV** avec une morbidité/mortalité ++ chez les personnes âgées. Elles peuvent se situer à différents niveaux. *Ex : varicocèles* (varices dans le cordon spermatique au niveau des testicules) ; *dermite ocre* (varices aux membres inférieurs et séquelles cutanées, peau jaune/marron).

Les thromboses peuvent remonter au niveau cérébral ⇒ **thrombophlébites cérébrales**.

Signe d'un caillot fibrino-chlorique périphérique : douleur, œdème, ↑ du volume du mollet, « crampe ».

Signe de Homans : douleur à la dorsiflexion passive du mollet (pas pathognomonique) → thrombose. Main gauche sous le creux poplité du patient, mise sous tension musculaire.

Reflux hépato-jugulaire : couchée surélevé à 30°, exercer une contre-pression au niveau du foie. On augmente alors le retour veineux avec une stase. Le reflux se déclenche lorsqu'on relâche la pression. Situation normale : distension transitoire des veines jugulaires avec retour à l'état initial pendant la dernière partie de la compression. *Situation pathologique : la distension des jugulaires persiste pendant toute la durée de la compression et chute rapidement à l'arrêt brusque de la compression.*

Signes généraux :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fébricule (38°C) apparaissant dans les heures suivant la formation du caillot (décalage thermique non expliqué par la prise de pilule). 2. Fréquence respiratoire augmentée. 3. Mesure PA + FC : recherche tachycardie, chute tensionnelle.
Interrogatoire	<i>Plâtre, mal à respirer, épanchement pleural, douleur ?</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur (tableau douleur thoracique) : régression rapide de la douleur. 2. Polypnée superficielle avec cyanose plus ou moins intense. 3. Toux douloureuse ramenant parfois quelques crachats mousseux, initialement non hémoptoïques (signe pathognomique de l'infarctus pulmonaire).
Inspection	Signe insuffisance cardiaque droite (ICD) si EP grave.
Palpation	Signe ICD (œdèmes membres inférieurs, turgescence des jugulaires).
Percussion	Tympanisme bilatéral.
Auscultation	Râles bronchiques, frottement pleural (exsudation inflammatoire réactionnelle), plus rarement foyer de râles crépitants en regard d'une zone submatité (infarctus pulmonaire), signes ICD.
Autres formes possibles +++	<ul style="list-style-type: none"> ○ Totalement asymptomatiques +++ ○ Pauci-symptomatiques ○ Graves (foudroyante, syncopale, asphyxique, asystolique). ○ Récidivantes.

Autres pathologies respiratoires

Les pathologies respiratoires ont un retentissement cardiaque.

Facteurs de risque respiratoires : exposition à la pollution (facteur de risque majeur), aux gaz toxiques, aux agents infectieux, drogues et au tabac (le plus grand toxique, consommation liée au risque cancéreux et d'athérosclérose, risque diminue à l'arrêt), précarité (tuberculose)...

Consommation tabac mesurée en paquets-années = nombre années de tabagisme x nombre paquets/jour

Mucoviscidose : maladie héréditaire due à des mutations récessives touchant un gène sur le chromosome 7 codant pour la protéine CFTR. C'est la mutation la plus fréquente dans la population.

Toux = C'est un signe fonctionnel des maladies respiratoires → il faut la caractériser (ronéo ++)

- **Ancienneté** de la toux
- **Mode d'installation** : aiguë (< 1 mois) ou chronique (> 3 mois)
- **Facteurs associés** : chat, moquette, prise médicaments, reflux gastro-œsophagien, ...
- **Facteurs déclenchants** : toux après une situation précise ?
- **Type de l'expectoration et aspect** : blanc, muqueux, mucopurulent, sanguin...

Dyspnée : essoufflement, sensation *subjective* d'une gêne à la respiration. Objectivation par mesure de la fréquence respiratoire. Savoir si la dyspnée intervient à l'inspiration ou à l'expiration ++.

Il faut donc caractériser la dyspnée : signes d'accompagnement, facteurs déclenchants, si elle est d'emblée maximale, progressive, à l'effort ou soulagée par une position (penchée en avant, assise...).

Polypnée : respiration (souvent superficielle) fréquente et saccadée avec une gêne pour respirer.

Tachypnée : respiration courte (en cas d'asthme ou souvent lors de l'agonie).

Bradypnée : respiration lente.

Orthopnée : dyspnée en décubitus dorsal (position couchée), s'améliore en position assise. Si malade tachycarde et atteint d'orthopnée → Signe d'asthme aigu + ICD.

Dédicace du ronéo-ficheur (oui, oui c'est possible !)

- À mon achondroplasique préférée qui a su faire sa ronéo en un temps record après une soirée #ElleEstPasTrèsGrande #ElleEstViolente
- À ma marraine qui m'a tuée de ne pas avoir fait de dédicace dans ma précédente ronéo #ElleEstViolette #ElleEstViolante (avec un A oui monsieur !)
- À ma voisine complètement barjot de BU en P1 qui m'avait prévenu de mon futur retard ! #ElleEstRousse #ElleEstViolente
- À tous ceux qui arrivent presque à me supporter au jour le jour
- À tout mon groupe de P1, c'était trop bien #RimeEnFolie
- À tous ceux dont je n'ai pas le souvenir du prénom (mais je vous aime quand même !)
- Aux membres de la seule vraie asso : la fanf° je vous *nik nik nik* !
- À tout le tuto même si c'est pas une asso <3 <3
- À mes partenaires de danse qui ne sont pas encore tombés :D
- À Victor qui est le seul à me supporter depuis si longtemps (mais je crois que c'est réciproque :p)
- À une V+ (à ne pas prononcer Vieille + :D) #RachidForever
- À mes P1 doublants préférés que je ne citerai pas pour n'en en oublier aucun (mais vos prénoms commencent par des M, des L, des N, des E, un V, des A et des J comme JeNeMeRappellePlus (et Julie !)
- Au beaucoup trop vieux pour lire cette dédicace #BonECN :D
- À vous qui lisez encore cette dédicace et qui avez le courage d'arriver jusqu'à cette ligne ;)
- À la team BLS, les seuls vrais :D
- Et à toute la promo parce que voilà !

Pour écrire ces conneries faut vraiment que je sois crevé → en live de votre ronéo, je me souhaite une bonne nuit ☺