



Sémiologie de l'appareil cardiovasculaire

Sous la responsabilité du Pr Mamadou B DIARRA

Pr Ichaka MENTA

Pr Souleymane COULIBALY

Dr Massama KONATE

Plan

- Introduction
- Examen clinique
 - Interrogatoire
 - Examen physique
- Conclusion

Introduction

- Importance de la sémiologie dans l'identification des pathologies cardiovasculaires
- Gravité des pathologies cardiovasculaires
- Prise en charge rapide et adéquate
- Coût de la prise en charge

Examen clinique

- **Interrogatoire** ou anamnèse
- **Examen physique**: inspection, palpation, percussion, auscultation.

Interrogatoire

- Identité
- Signes fonctionnels: Motif de consultation, signes associés
 - Dyspnée
 - Douleur thoracique
 - Palpitations
 - Syncope et malaise lipothymique
- Antécédents :
 - Personnels : médicaux, chirurgicaux
 - Familiaux : médicaux, chirurgicaux

Dyspnée 1/2

Classification NYHA

Stade I: absence de dyspnée

Stade II: dyspnée aux efforts habituels.

Stade III: dyspnée aux efforts légers.

Stade IV: dyspnée au moindre effort ou au repos.

Dyspnée 2/2

- OAP ou Œdème Aigu du poumon:
 - Urgence médicale: **Insuffisance cardiaque gauche aigue**
 - **Inondation alvéolaire** par le liquide plasmatique
 - Chatouillement laryngé, toux nocturne, **dyspnée brutale**, intense **polypnée superficielle**, **orthopnée**, assis jambe pendante, **sueurs**, anxieux, **expectorations mousseuses roses saumonées**.

Douleur thoracique 1/6

- **1) Circonstances d'apparition: spontanée ou provoquée (Facteurs déclenchant: effort, mouvement, position, repas ou jeun, pression pariétale)**
- **2) Siège: prédominance rétro sternale ou latéro thoracique...**
- **3) Irradiations: (bras, cou, dos, épigastre...) ou caractère migrateur**
- **4) Type: Constriction, Déchirure, Brûlure, Coup de poignard, Picotement....**
- **5) Intensité: EVA, comparaison à des douleurs antérieures**

Douleur thoracique 2/6

- **6)Durée**
- **7)Evolution dans le temps: (Caractère continu ou non: permanente, intermittente, paroxystique)**
- **8)Chronologie: date de début et par rapport aux autres signes**
- **9)Facteurs d'accalmie: repos, position, jeun ou repas, médicaments (trinitrine, anti-acide, antalgique...)**
- **10)Signes accompagnateurs**

Douleur thoracique 3/6

Angor typique :

- Douleur thoracique, rétro-sternale, en barre , constrictive.
- Main appliquée largement à la face antérieure du thorax.
- irradie vers l'épaule gauche et à la face interne du bras gauche, au **maxillaire inférieur**.
- durée brève, inférieure à 15 minutes,
- Déclenchée par l'effort et s'arrête avec l'arrêt de l'effort ou après prise de **trinitrine**.

Douleur thoracique 4/6



- © Université Médicale Virtuelle Francophone -

Douleur thoracique 5/6

Péricardite aiguë: forme typique

Douleur thoracique rétro-sternale, para-sternale, permanente, non liée à l'effort, Irradie peu, Douleur à type de pesanteur

Augmente à l'inspiration profonde et en décubitus dorsal

Soulagée par la position assise ou penchée en avant

Insensible à la trinitrine

Accompagnée parfois de **fièvre**, **d'asthénie**, d'altération de l'état général

Douleur thoracique 6/6

Embolie pulmonaire

Signes fonctionnels: Douleur basi-thoracique en coup de poignard, Début brutal, Dyspnée, Hémoptysie

Urgence médicale

Antécédents personnels (alitement, postpartum, postopératoire orthopédique, néoplasie, phlébite...)

Palpitations 1/2

- Durée : secondes, minutes, heures
- Caractère permanent ou au contraire paroxystique
- Survenue à l'effort ou au repos
- Fréquence ou la rareté
- Régularité ou Irrégularité des sensations anormales

Palpitations 2/2

Tachycardie sinusale: effort physique, fièvre, anémie, émotion, hyperthyroïdie, insuffisance cardiaque ou encore prise d'excitants.

Syncope et malaise lipothymique

- **Perte de connaissance brutale, brève, transitoire,**
avec **effondrement du tonus postural**, avec ou sans
prodrome, à l'emporte pièce, **récupération complète**
spontanée, moins de 1 minute.

Antécédents personnels

- Médicaux
 - Hospitalisation, pathologie cardiovasculaire,
 - Post-partum (Maladie thromboembolique veineuse EP, Cardiomyopathie du peripartum)
- Chirurgicaux
 - Chirurgie récente, remplacement valvulaire,

Antécédents familiaux

- Médicaux
 - Pathologie cardiovasculaire, maladie de système, maladie génétique

- Chirurgicaux
 - Chirurgie de bicuspidie aortique,

Facteurs de risque cardiovasculaire

- Age > 50 ans homme, >60 ans femme
- HTA
- Diabète
- Dyslipidémie
- Obésité
- Sédentarité
- Tabagisme
- Antécédent familial de maladie cardiovasculaire précoce

Examen physique

- **Conditions:** malade torse nu, en décubitus dorsal ou latéral gauche ou assis, pièce calme, température
- **Examen général :** état général, TA, pouls, FR, température, poids, taille, conjonctives
- **Examen appareil par appareil:** inspection, palpation, percussion, auscultation
 - Examen cardiovasculaire
 - Examen pleuro-pulmonaire
 - Examen de l'appareil digestif
 - Examen des autres appareils

Examen général 1/2

- État général
- TA: TAS, TAD
 - HTA PAS \geq 140 mmHg et/ou PAD \geq 90 mmHg.
- Pouls
- FR
- Température
- Poids, taille
- Conjonctives

Examen général 2/2

Etat de choc, diagnostic clinique, associant à des degrés divers :

- **Signes hémodynamiques** : tachycardie ($FC > 100$ bts/min, hypotension ($TAS < 90$ mmHg) ;
- **Signes cutanés** : pâleur, marbrures, froideur des extrémités, peau moite, cyanose ;
- **Signes neurologiques** : de la confusion au coma ;
- **Oligurie** < 20 ml/heure

Examen cardiaque

- Inspection : thorax, foyer (déformation thoracique)
- Palpation : foyer, (frémissement cataire du RM)
- Percussion: peu d'intérêt
- Auscultation : foyer (souffle, roulement, galop)

Auscultation 1/7

Foyer mitral: apex (4- 5^{ème} EICG sur la ligne médio-claviculaire)

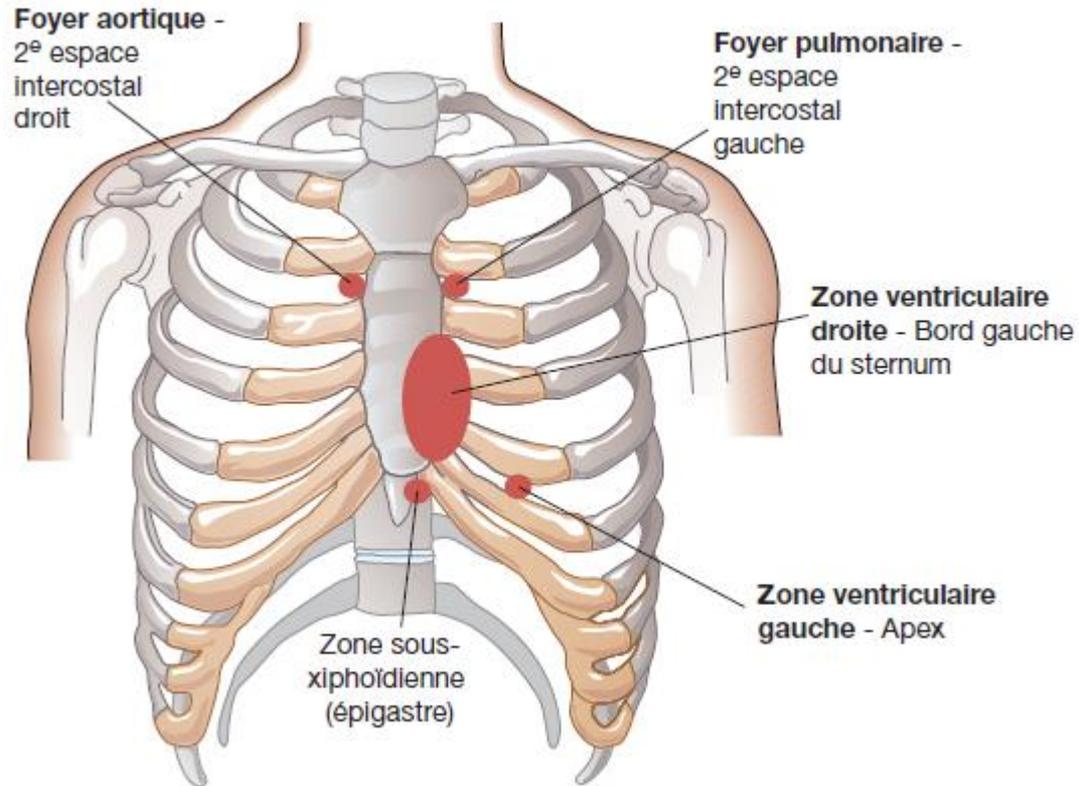
Foyer aortique : 2^{ème} EIC Droit près du sternum

Foyer pulmonaire: 2^{ème} EIC Gauche près du sternum

Foyer tricuspide: au niveau de l'appendice xiphoïde

TOUTE LA REGION PRECORDIALE (trajets d'irradiation)

Auscultation 2/7

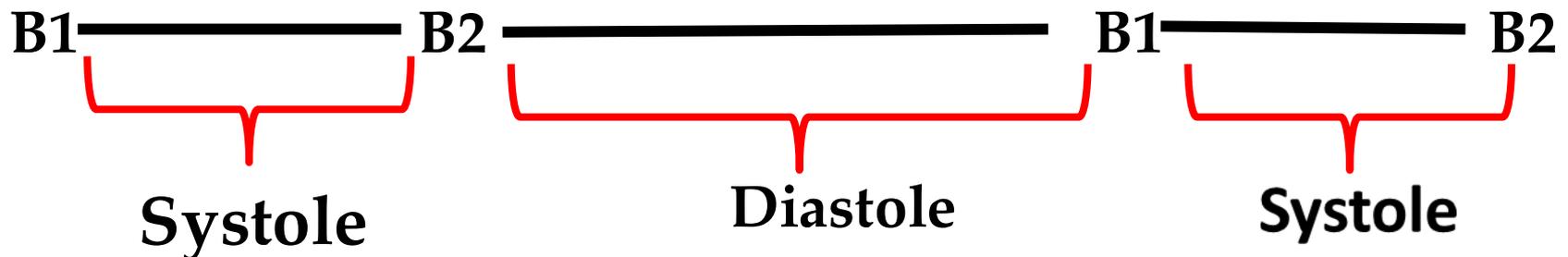


Auscultation 3/7

- Caractéristiques d'un souffle:
 - Selon cycle cardiaque (systolique ou diastolique)
 - Siège : aortique, mitral, tricuspide ou pulmonaire,
 - Intensité,
 - Caractéristiques phoniques : (grave, aigu ; doux);
 - Irradiation: aisselle gauche (IM), bord gauche du sternum (IAo), vaisseaux du cou (RAo).

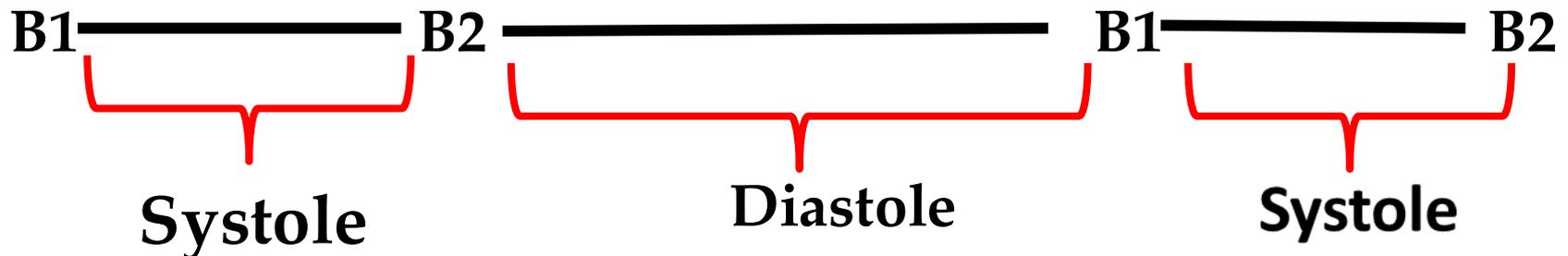
Auscultation 4/7

- Souffles systoliques ou diastolique ou systolo-diastolique
- Sont fonctionnels ou organiques
- Souffles vasculaires
- **Souffles systoliques d'éjection:** les sténoses (RAo, RP).
- **Souffles systoliques de régurgitation :** les fuites (IM, IT)



Auscultation 5/7

- Souffle systolique en rayon de roue : les CIV
(communication inter-ventriculaire)
- **Souffles diastoliques**: les fuites (IAo, IP)
- Souffles diastoliques de tonalité grave et roulante sont appelés ROULEMENT DIASTOLIQUE (RM, Roulement de Flint).



Auscultation 6/7

- **Souffles systoliques d'éjection: Rétrécissement aortique ou le Rétrécissement pulmonaire**
- **Souffles systoliques de régurgitation: Insuffisance mitrale ou Insuffisance tricuspide**
- **Souffles diastoliques: toujours organiques**
 - **Rétrécissement mitral et tricuspide; (Roulement)**
 - **Insuffisance aortique et pulmonaire.**

Auscultation 7/7

Galops : Bruits surajoutés

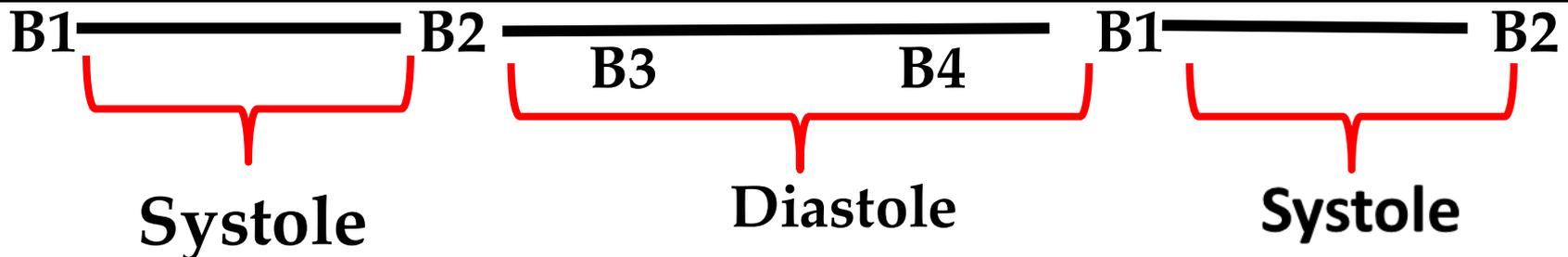
Proto-diastolique = B3

Pré-systolique = B4

Galop de sommation = fusion de B3 et B4

A retenir

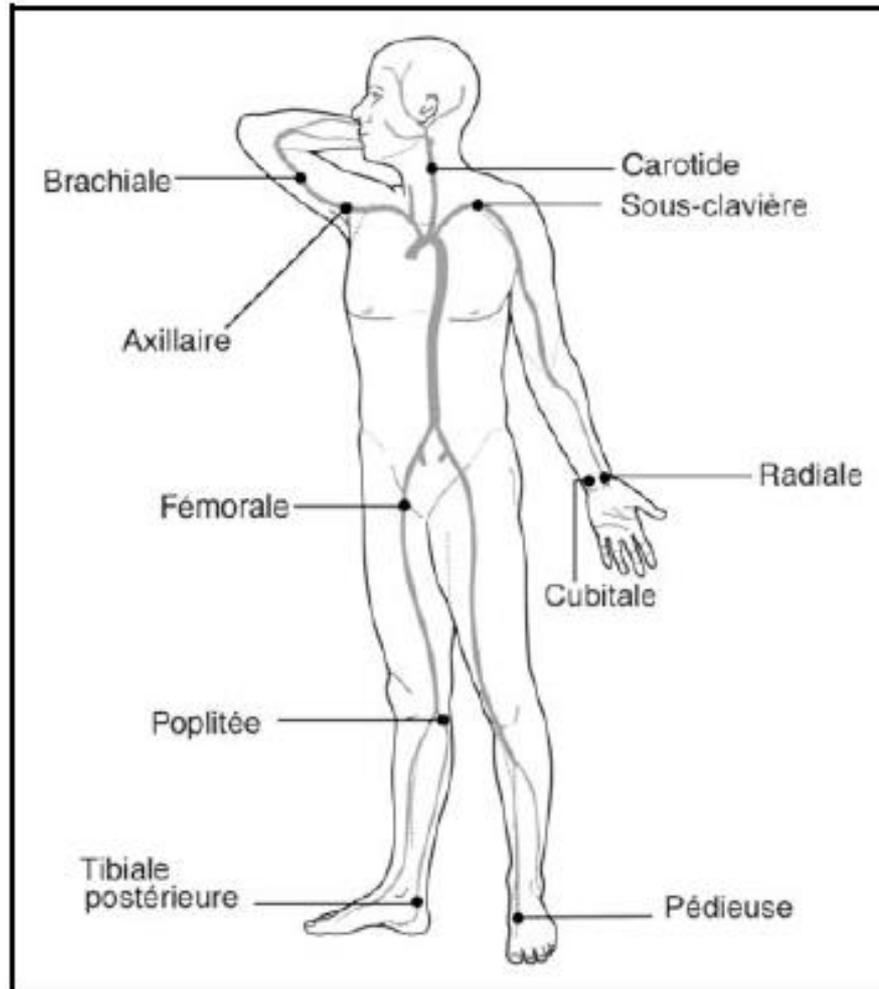
TOUS LES GALOPS SONT DIASTOLIQUES



Examen vasculaire 1/2

- Inspection :turgescence veine jugulaire (IVD, ICGle)
- Palpation: trajet artériel (Athérome)
- Percussion: peu d'intérêt
- Auscultation: souffle vasculaire (Athérome)

Examen vasculaire 2/2



Examen pleuro-pulmonaire

- Inspection : thorax
- Palpation : vibrations vocales
- Percussion: matité (pleurésie : IVG, ICGle)
- Auscultation : murmures vésiculaires, râles crépitants (IVG)

Examen de l'appareil digestif

- Inspection: Cavité buccale (carie dentaire)
- Palpation: Foie cardiaque (insuffisance ventriculaire droite), Signe de Harzer (Soulèvement du creux xyphoïdien à l'inspiration profonde)
- Percussion
- Auscultation

Examen de l'appareil digestif

- Foie cardiaque
 - **Augmentation globale du volume** du foie
 - **Surface lisse,**
 - **Bord inférieur mousse**
 - **Douloureuse à la palpation** et à la pression,
- Avec **2 signes connexes:**
- ✓ Reflux hépato-jugulaire
 - ✓ Pouls veineux-systolique

Examen des autres appareils

- Neurologique
- Cutanéomuqueux (œdème des membres inférieurs: blanc mou prenant le godet non douloureux: IVD)
- Ostéo-articulaire

Conclusion

- Interrogatoire est un temps essentiel
- Caractéristiques des signes fonctionnels peuvent mener au diagnostic
- Examen physique est important
- Sémiologie cardiovasculaire est à intégrer dans un ensemble d'observation chez le patient
- Patient doit être vu dans sa globalité pour une prise en charge optimale



MERCI

Références

- Cardiologie 3eme édition 1999: A. Vacheron, C. LeFeuvre, J. DiMatteo
- Guide de l'examen clinique 7eme édition française: L. BICKLEY, 2014
- Les fondamentaux de la pathologie cardiovasculaire 2014, Elsevier Masson SAS. J.-É. Wolf, A. Cohen.