

I) Sémio ARTÉRIELLE

* Ischémie CHRONIQUE des membres inf

- **Définition** : indice de pression distale $< 0,9$ ($\frac{\text{pression systo artère cheville}}{\text{pression systo artère bras}}$; N= 1 à 1,10). [+ c bas, + c grave]
- **Classification de Leriche et Fontaine** :
 - **Stade I** : asymptomatique, mais abolition d'1 ou plusieurs pouls à la palpation systématique.
 - **Stade II** : claudication intermittente à la marche (ischémie musculaire à l'effort).
 - **Stade III** : douleurs de repos/décubitus (ischémie tissulaire permanente). Le pat^t ne peut quitter la position verticale pr irriguer tout le mb inf, mais cette position provoque des œdèmes.
 - **Stade IV** : troubles trophiques, nécrose tissulaire, gangrène.
- **Interro** :
 - **FDR** : tabac ++++, HTA, dyslipidémies, diabète, obésité, terrain familial, sédentarité...
 - **Claudication intermittente** : douleur musculaire à type de crampe, rythmée par la marche. Il faut estimer le périmètre de marche (<300m), le temps de récupération, et localiser la douleur (cuisse ⇒ fémorale commune ; mollet ⇒ fémorale superficielle ; fesse ⇒ iliaque).
 - **Diag différentiels de la CI** : causes neuro (polyneuropathie, sciatique, canal lombaire étroit), causes articulaires (coxarthrose), causes musculaires (claquage, tendinite...), causes veineuses (phlébite).
- **Inspection** :
 - **Signes de l'ischémie chronique tjs majeurs en distalité** (moins irrigué) ⇒ faire enlever shoes ! amyotrophie, veines en creux, dépilosité, gangrène et ulcères en stade IV.
 - **Ulcère artériel** : forme définie, très douloureux, sec, nécrosé, pâle.
- **Palpation** : *tjs bilatérale et comparative !* apprécier **chaleur cutanée** et **palper les pouls** ⇒ permet d'apprécier dans quel segment artériel il y a un obstacle : pouls fémoraux (pli de l'aîne), pouls Ao (entre la xiphoïde et l'ombilic), pouls iliaque (entre l'ombilic et le milieu du pli de l'aîne), pouls poplités, pouls tibiaux post (derrière les malléoles int), pouls pédieux (sur le dos des pieds).
- **Auscu** : *tjs bilatérale et comparative !*
 - On ausculte l'Ao, les axes iliaques (entre ombilic et pli de l'aîne), les fémorales.
 - On rech présence de souffle où le pouls est amorti ⇒ sténose : **souffle continu à renforcem^t systo**.

* Ischémie AIGÜÉ des membres inf

- **Signes cliniques** : règle des 4 P : **Pain + Pallor + Pulseless + Paralysis**. Cette ischémie nécessite un ttt en urgence sinon risque amputation voire mort. La subaiguë : idem sauf parésie ⇒ sous surveillance.
- **Étiologies** : essentiel^m cardiaque, **embolique** : un caillot thrombose une artère ⇔ **occlusion brutale**. Autres : thrombose sur artère pathologique (sur sténose instable, thrombus, embolie artère en aval) ; étiologie traumatique (artère(s) écrasée(s) suite à un accident) ; étiologie iatrogène (par un ttt, cathéter...).

* Anévrysmes artériels : perte parallélisme des bords d'une artère ; localis^{os} + fqtes : Ao-iliaques, poplités.

- **Interro** : recherche d'ATCD familiaux (∃ tb du métabo des fibres élastiques transmis génétiquement).
- **Inspection** : recherche d'un **pouls/masse pulsatile** à jour frisant.
- **Palpation** : recherche d'une **masse battante expansive** (⇔ grossit en systole). Sur anévrysme Ao, il faut rechercher le pôle sup de la masse en passant le bord cubital de la main entre le bord costal et le pôle sup de l'anévrysme ⇒ si on y arrive, l'anévrysme est abdominal, sous les art. rénales (bon signe).
- **Risques** : anévrysme **Ao risque d'éclater** ⇒ mort subite. Anévrysme **poplité risque d'emboliser** les artères en aval (par format^o d'un thrombus ds l'anévrysme ⇒ se détache ⇒ embolie art. sous-jacentes).

* Fistules artério-veineuses : communication anormale entre une artère et une veine ; avec la différence de pression ⇒ **flux préférentiel du sang artériel vers le sang veineux**.

- **Étiologies** : congénitales, traumatiques (coupure), iatrogènes (piqûre), thérapeutiques (dialyse).
- **Inspection** : **distension veineuse en aval**, artérielle en amont ; œdème.
- **Palpation** : meilleure perception du pouls en amont, ∨ du pouls en aval ; thrill de la paroi veineuse ; si fistule est simple, tout redevient normal qd on bouche la communicat^o = signe de Courvoisier-Terrier.
- **Auscu** : **souffle continu à renforcement systo** ; disparaît qd on bouche la communication. Il faut aussi ausculter le retentissement cardiaque qui doit palier à la ∨ de pression artérielle périph ⇒ insuff card. Cas particulier : fistule aortico-cave lors d'une rupture d'anévrysme de l'Ao abdo.

II) Sémio VEINEUSE

↳ Le réseau veineux est constitué du **réseau profond qui draine 90%**, et du **réseau superficiel qui draine 10%**.
Pls systèmes pr fav le retour veinx : le ++ important est celui des **valvules** (empêchent le sg de redescendre).

* **Thrombose veineuse profonde [TVP] (ou thrombophlébite)**

- **Définition** : formation de **caillots** au niveau des **veines profondes** +++ du membre inf, suivie d'une **réaction inflammatoire** autour de la veine thrombosée.
- **Complications** :
 - Immédiate = **Embolie pulmonaire** : les caillots formés remontent jusqu'aux artères pulmonaires, et les bouchent. S'il s'agit d'un petit caillot ⇒ petite artère pulmo bouchée ⇒ asymptomatique. Si c'est un gros caillot ⇒ grosse artère pulmo bouchée ⇒ **détresse cardio-respi majeure** ⇒ **mort**.
 - Différée = \$ **post-thrombotique** : la thrombolyse physiologique **détruit les valvules** ⇒ **stase veineuse** au niv des mbres inf. Le pat^t n'en mourra pas ms sera empoisonné tte sa vie par ce pb.
- **Signes cliniques** :
 - **Douleur** du mbre, loc^{sée} au niv de la thrombose ; liée à la r° inflam. Signe inconstant (50% des cas).
 - **Œdème unilat** du mb inf, qui prend le godet ; si œdème global (cuisse & mollet) ⇔ phlébite haute (v. iliaque...), si seulement mollet ⇔ phlébite basse (v. surale, poplitée...). Signe inconstant (50%).
 - **Signe de Homans** : douleur au mollet à la dorsiflexion passive du pied.
 - **Autres** : ↗ de la circulation veineuse collatérale (++) sur TV haute) ; ↘ du ballotement du mollet ; en général un peu de fièvre (38-38,5°C), voire tachycardie, mais inconstants.
- **Étiologies** :
 - **Transitoires** :
 - ↳ **Chir ortho et traumato**. Le risque post-op est très importt ; mm sur immobilisat° d'une simple entorse ⇒ TVP ⇒ embolie pulmo. L'intervent° la ++ thrombogène = prothèse totale de hanche.
 - ↳ **Gynéco-Obst** : grossesse, fausse couche, césarienne, intervention sur le petit bassin.
 - ↳ \$ de la classe économique (longs voyages sans bouger...).
 - **Permanentes** :
 - ↳ **Thrombophilies** (anomalies de la coagulat° congénitales ou acquises), **cancers et hémopathies** (tous les cancers favorisent les TV (certains se révèlent par une TV)), **M inflammatoires** (lupus, collagénoses...), **ttts** (surtt **hormonothérapies**), **obésité, patients âgés**.
 - ↳ **Ex** : pat^t kc prostate (1^{er} factr) ⇒ alité = allongé (2^{ème} factr) et ttt par hormonoθpie (3^{ème} factr).
 - ↳ **Ex** : jeune femme ttt par pilule (1^{er} factr) et facteur V de Leyden = thrombophilie (2^{ème} factr).
- **Examens complémentaires** :
 - **Dosage des D-dimères** : méthode ELISA ; excellente valeur prédictive négative (score de Wells).
 - **Écho-doppler** : c'est cet examen uniquement qui fait le diagnostic.

* **Varices du membre inf**

- **Définition** : **dilatation des veines superficielles** des membres inf. C'est bénin, car ne concerne que 10% du drainage veinx. 2 grds systms : les grande et petites v. saphènes (ou saph. interne et externe).
- **Étiologie** : le + svt **idiopathiques** ; éventuellement facteur familial ; gens qui travaillent debout ++. Rares sont les varices secondaires : congénitales (depuis l'enfance), post-phlébitiques (atcd de TVP).
- **Signes cliniques** : ds la maj^{té} des cas, les gens consultent pr un **pb esthétique**. Parfois pr les symptômes d'insuff veineuse : lourdeur, tension douloureuse du mollet, œdème, impatiences nocturnes.
- **Examen clinique** : pat^t debout ⇒ varices face intern jambe & cuisse = grde saph, si mollet = petite saph.
Épreuve des garrots : pat^t couché, jambes surélevées ⇒ varices se vident ⇒ on met plusieurs garrots étagés sur le mb inf, en partant de la racine du membre ⇒ pat^t debout ⇒ on retire les garrots 1 à 1 ⇒ varices se remplissent en partant de la racine du membre ⇔ mise en évidence du reflux.
- **Examen complémentaire** : **écho-doppler** systématique pour :
 - examiner les veines profondes ⇒ éliminer les causes secondaires post-phlébitiques ;
 - examiner les veines superficielles ⇒ mettre en évidence une incontinence ostiale...
- **Complications** : **paraphlébite** (thrombose et r° inflammatoire ; ttt anti-inflammatoires), **dermite ocre** (r° scléro-atrophique au niveau zones déclives), **ulcères veineux** au bout de 10-20ans (peu douloureux, déclive, bourgeonnant, svt malléole int), **hémorragie par rupture de varice** (svt en montagne, ronces).
- * **Insuff veineuse fonctionnelle** : fatigue du **réseau veineux profond** ⇒ lourdeurs, œdèmes... C'est à la limite du physiologique. Ttt = bas/chaussettes de contention. Motif fq̄t de consult', ms c'est bénin.

III) Sémio LYMPHATIQUE

↳ **Lymphœdème** = œdème constant lié à une stase lymphatq ; **primitifs** (=congénitaux, rare), ou **secondaires** (iatrogènes ++ [thérapeutiques, chirurgicaux, radioθpie], post-traumatqs, inf^{os} [filariose lymphatq en Afq]).