

I/ L'interrogatoire

1°) Temps capital

A la fin de l'interrogatoire vous devez avoir construit votre idée sur la signification de la plainte du patient, sa gravité, et la probabilité de telle ou telle maladie = Probabilité clinique pré-test. Cela orientera toute votre démarche ultérieure :

- la probabilité d'un diagnostic
- la nécessité de bilan complémentaire
- la nécessité d'hospitalisation
- le degré d'urgence.

Ne pas dire : « De toute façon je vais lui faire tel ou tel bilan qui va me dire si oui ou non il y a la maladie que je suspecte. »

La probabilité clinique est corrélée à la probabilité des examens complémentaires

Exemple : La scintigraphie pulmonaire est le prototype de l'examen para-clinique de l'EP dont le résultat doit être « modulé, pondéré » en fonction de la « probabilité clinique pré-test. »

2°) Technique

- Non orienté mais « dirigé »
- Poser des questions claires/faciles (QCM style)
- Suggérer parfois des réponses
- Savoir traduire ce que dit le patient : «J'ai le cœur qui s'arrête »
- Ne vous laissez pas entraîner dans des commentaires tout à fait inutiles
- Le patient doit vous décrire ce qu'il ressent, et pas faire un diagnostic :
- N'acceptez pas un diagnostic « de facto » : «J'ai fait 4 phlébites »
- Faire préciser les ATCD décrits. : « J'ai fait une allergie à l'iode »

Poser des questions précises :

- Dans quelle circonstance est-ce arrivé ?
- Depuis quand avez vous ce symptôme ?
- Qu'avez vous fait pour que le symptôme disparaisse ?
- Combien de temps a duré la douleur ?
- Y a-t-il une position qui augmente la douleur ?
- Avez-vous eu de la fièvre ?
- Avez-vous ressenti d'autres symptômes en même temps ?
- Palpitations en même temps qu'une douleur ?
- Douleur thoracique en même temps qu'un essoufflement ?

3°) Le contexte

Le signe fonctionnel ne sera interprétable qu'intégré au contexte : Une douleur thoracique chez un sujet jeune stressé en période d'examens scolaires sans passé pathologique et sans facteur de risque, n'a pas la même signification que la même douleur chez un homme de 60 ans, diabétique, artéritique, tabagique.

FDR d'athérosclérose : diabète, HTA, dyslipidémie, tabac, obésité, sédentarité, ATCD familiaux

4°) Affections et prises médicamenteuses à retentissement cardiaque

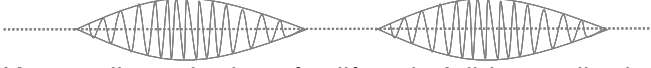
- Affections : RAA (atteintes valvulaires), affections pulmonaires (insuffisance cardiaque droite), maladie rénale (HTA), radiothérapie (répercussion cardiaque), tuberculose (péricardite constrictive)
- Prises médicamenteuses : pillule (EP), anorexigène (HTAP et valvulopathie), β -bloq (BAV, syncope), Vasoconstricteurs (tachycardie, angor), neuroleptiques (TV, EP)

II/ L'examen clinique

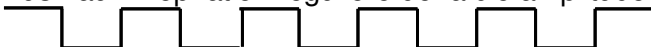
- Regarder, Interroger, « scruter » tous les éléments antérieurs du dossier médical (compte rendu, analyse de sang, ordonnance, courriers médicaux..) et enfin Examiner
- Exemple : - Obésité (a pu prendre des médicaments pour maigrir qui engendrent des valvulopathies ou une HTAP / Favorise l'insuffisance cardiaque)
 - Maigreux extrême (x causes : insuffisance cardiaque, hyperthyroïdie, cancer)
 - noter poids, taille et périmètre abdominal du patient sur votre dossier

1° Inspection

- Séquelles d'AVC : paralysie d'un mb, d'une hémiface
 - Cicatrice de sternotomie / d'endarterectomie carotide / de chirurgie Aortique
 - Mollets de coq de l'artérite des membres inférieurs
 - Prognatisme et grosses mains de l'acromégale
 - Pâleur du sujet anémique
 - Varicosité des pommettes du rétrécissement mitral
 - Varicosités des pommettes et parotides du grand buveur
 - Gynécomastie (traitement par aldactone/digoxine..ou bière)
 - Ongles jaunies (grand fumeur)
 - Exophtalmie / Goître / Tremblements de l'hyperthyroïdien (troubles du rythme)
 - Mamectomie / Points de repères de radiothérapie (Toxicité cardiaque des TTT anticancéreux)
 - **Comment respire le patient ? Dyspnée ?**
 - Polypnée ?
 - Respiration abdominale ?
 - Battements des ailes du nez ?
 - Tirage intercostal ?
- Cheyne Stokes : ↑FR et amplitude jusqu'à max puis apnée



Kusmaull : respiration régulière de faible amplitude


- **Cyanose :**
 - Définition : coloration anormale, violacée de la peau et des muqueuses, résulte d'une désaturation en oxygène du sang capillaire (taux d'Hb réduite supérieur à 5g/100ml).
 - Etiologies :
 - Dysfonction de l'hématose pulmonaire
 - Shunt droit -gauche (malformation cardiaque)
 - Origine périphérique (acrocyanose)
 - Raréfaction de l'air inspirée (altitude > 5000 m)
 - Anomalie de l'Hb (incapable de transporter l'O2)
 - Se voit sur : Lèvres, ongles, oreilles, nez, extrémités
 - **Hippocratisme digital :**
 - Définition : Ongles en verre de montre (concaves dans les 2 axes + doigts en baguette de tambour)
 - Etiologies :
 - Hypoxie chronique
 - Endocardite infectieuse
 - Cardiopathie cyanogène
 - **Aspect de sclérodémie**
 - Peau du visage tendue
 - CREST syndrome = sclérodémie avec Calcinosis /s cut, \$ de Raynaud, atteinte oEsophagienne, Sclérodactylie, Télangiectasie
 - **Ictère ?**
 - **Evaluation du remplissage veineux**
 - Veines des mains gonflées en position basse
 - Normalement s'aplatissent au niveau de l'angle de Louis du Sternum

- **Oedèmes de l'insuffisance cardiaque**
 - Déclives (pas toujours membres inférieurs)
 - Non douloureux
 - Blancs
 - Mous
 - Prennent le godet
 - Signent déjà une rétention hydrique importante
 - Augmentant au cours de la journée

Les œdèmes sont une augmentation de volume des liquides dans le secteur extravasculaire interstitiel. Ils peuvent se localiser : dans tissus /s-cutané ; viscéres : OAP, Oedème cérébral ; séreuses : ascite, hydrothorax. L'anasarque est un œdème sévère généralisé
Autres causes d'œdèmes : Rénale (perte des protéides ou rétention hydrosodée), Hépatique (cirrhose), Nutritionnelle ou Médicamenteuse (Corticoïdes)

- **Turgescence jugulaire**
 - En position assise
 - Spontanée
 - Favorisée par pression de l'hypochondre droit
 - Signe une surcharge du cœur droit

- **Hyper-pulsatilité Artérielle**

Des carotides, des humérales de l'insuffisance aortique ou de l'érythisme cardiaque ou de l'aorte abdominale (à jour frisant)

- **Examen des veines**
 - Recherche de varices par inspection et palpation en position debout
 - Recherche de signes de début de TV (phlébite) aux mbs inf : œdème de la cheville, tension du mollet, douleur à la dorsiflexion du pied (signe de Homans : attention car non spé)
- **Dermato**
 - xanthome : tumeur bénigne jaune cutanée ou /s-cutanée (dépôt de cholestérol)
 - purpura : tâches rouges par extravasation /s-cut, s'effaçant pas à la P° (endocardite, héparine)
 - \$ des orteils bleus (obstruction des petites artères par cristaux de cholestérol)

2°) Percussion

- De l'aire cardiaque : Matité de l'épanchement péricardique ?
- Du thorax : Epanchement ? mate si plein d'eau et tympanique si plein d'air
- De l'abdomen : Ascite ?

3°) Palpation

a) Peau

- T° de la peau à apprécier avec le dos de la main et le contexte (pieds froids des artéritiques)
- Peau froide des patients en hypodébit (choc cardiogénique)
- Hyperthermie
- Pour vérifier la circulation : pincer l'ongle et attendre la recoloration capillaire (patho si > 2sec)

b) Foie

- Hépatomégalie : gros foie cardiaque sensible voire douloureux quand pression, à bord mousse
- Mise en évidence d'un reflux hépato-jugulaire

c) Thorax

- recherche du choc de pointe (4^{ème} EIC G, sur la ligne médio-claviculaire)
- recherche d'un frémissement : cataire du rétrécissement mitral
ou thrill sus-sternal du rétrécissement aortique
- recherche d'un signe de Hartzler (battement ++ /s xyphoïde) témoignant d'une hypertrophie VD

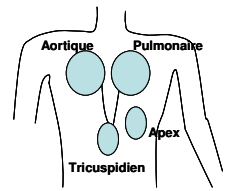
d) Artères

- Prise du pouls radial : Régulier ?
 - Pouls rapide (hyperthermie/hypovolémie)
 - Pouls filant de l'insuffisance cardiaque
 - Pouls bondissant de l'insuffisance aortique
 - Pouls de KUSSMAUL des épanchements péricardiques mal tolérés
- Prise de tous les pouls périphériques : De façon symétrique
 - Abolition du pouls pédieux dans 10% des cas
- Prise de la TA : Chez un patient au repos
 - En décubitus ou assis
 - Dans le calme
 - Plusieurs prises
 - Aux 2 bras
 - Calcul de l'IPS = Pression cheville / Pression humérale (N>1,3)

4° Auscultation

Bonnes conditions : silence, couché puis assis ou debout, et décubitus latéral gauche, parfois après effort.

- le foyer *aortique* : ext interne du 2° EIC droit pour les sigmoïdes aortiques
- le foyer *pulmonaire* : ext interne du 2° EIC gauche et le long du sternum pour les sigmoïdes pulmonaires et accessoirement aortiques
- le foyer *xiphoïdien* : pour l'orifice tricuspide et le ventricule droit.
- la *pointe* du cœur (apex), ou foyer *mitral* : au 5° EIC gauche, en dds de la ligne mamelon pour la valvule mitrale et le ventricule gauche.



Cert1 souffles s'entendent mieux au nivo de l'R *mésocardiaque*, à mi-chemin entre apex et foyer pulmonaire

a) Normalement

B1 = fermeture des AV (M et T) et B2 = fermeture des sigmoïdes (Ao et P) / Systole = 1/3 et Diastole = 2/3

b) Anomalies

Des bruits physiologiques : - Eclat du 1er Bruit : Sclérose valve mitrale
- Eclat du 2nd bruit : HTA ou HTAP
- Assourdissement des bruits : Epanch. Péricard. ou Obésité ou Emphysème

Dédoublement des bruits : - DB1 physiologique (fermeture mitrale précède celle de la tricuspide)
- DB1 du Bloc de branche droit
- DB2 Physiologique en Inspiration
- Bruit de galop (surajouté, + il est près de B2, plus c'est grave)

- Galop protodiastolique (remplissage initial) pas tjs patho
- Galop présystolique (remplissage terminal) 100% patho
- Galop de sommation (milieu de diastole)

Souffle : 5 Caractères à préciser : Temps, Foyer, Timbre, Irradiation, Intensité (1 à 6)

- Anorganique : Uniquement proto-systolique, ne correspond pas à une maladie cardiaque, variable en intensité en topographie et selon le cycle respiratoire, disparaît en position debout. ++ sujet très jeune
- Fonctionnel : Mauvais fonctionnement du muscle cardiaque ou hyperpression dans les vx avec distension des valvules qui deviennent incontinentes (pas de lésion organique de la valve)

Ex : Insuffisance mitrale ou tricuspide (signe de Carvallo : bloquer respi à la fin d'une gde inspi : ↑ souffle)

- Organique = lésion des orifices valvulaires, constant, irradie ds direction précise, ± frémissement

Frottement péricardique : Bruit superficiel sans irradiation ou de va-et-vient (respecte les bruits du cœur)
Rythmé par les battements cardiaques Mésosystolique ou mésodiastolique
Intense = Crissement du cuir neuf ou discret = froissement de la soie
Persiste en apnée (≠ frottement pleural qui disparaît en apnée)
Mieux entendu en inspiration en Décubitus et en expiration en position assise
Epanchement de petite abondance (car grande abondance = 0 bruit)

Auscultation pulmonaire : Râles crépitants : symétriques, prédominant aux bases, = insuffisance VG
Râles sibilants : de l'asthme cardiaque