SEMIOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

I. Sémiologie cardiaque

→ **Les signes fonctionnels (≠ signes physiques)**
Ce sont les signes cliniques dont souffre le malade (subjectifs) et qui sont recueillis par l'interrogatoire. Il doit être méthodique et dirigé.
On a **5 grand signes** : la dyspnée, la douleur, les palpitations, les pertes de connaissances et les manifestation périphériques.

A) LA DYSPNEE

C'est un **essoufflement anormal**. Elle est **polypnée** (rapide), **peu ample** et **régulière**.
Il faut différencier la dyspnée de repos et d'effort.
→ C'est le principal symptôme de l'insuffisance cardiaque.

1. Dyspnée d'effort : le début de la maladie.

Il faut connaître :

- Les **circonstances d'apparition**
- **Et l'effort physique** réalisé : au début le patient est essoufflé pour des effort important, puis pour des effort de plus en plus minimes (needs surveillance).

Classification de la New York Heart Association **(NYHA)** :

- **Classe I :** Le patient est malade, mais il n'a aucun symptômes (aucun essoufflements).
- **Classe II :** limitation modeste de l'activité physique : à l'aise au repos, mais l'activité ordinaire entraine une fatigue, des palpitations ou une dyspnée.
- **Classe III :** réduction marquée de l'activité physique : à l'aise au repos, mais une activité moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes.
- **Classe IV :** Impossibilité de poursuivre une activité physique sans gêne, les symptômes de l'IC sont présents, même au repos.

☠ La dyspnée d'effort n'est pas forcément cardiaque, on a aussi :
→ La dyspnée d'origine **nerveuse** : variable pour un même effort avec palpitations.
→ La dyspnée **respiratoire** : précédée de toux et d'expectorations muqueuses.

2. Dyspnée de décubitus : en étant allongé

- **L'orthopnée :** c'est la **dyspnée en position allongée**, immédiatement ou après quelque heures. Pour l'arrêter, le patient doit se mettre en position assise ou debout (→ empêche l'↗ du retour veineux), et elle est accompagnée de toux.
- **La dyspnée permanente :** dans le cas classique : **stade 4 NYHA ou OAP**. Urgence, pronostic vital engagé.

3. Dyspnée paroxystique : type de dyspnée permanente

- **Œdème Aigu du Poumon :** urgence médicale.

On a une **polypnée brutale**, une **toux**, puis des **expectorations** abondantes mousseuses blanchâtres ou rosées (sg quand PCP>30mmHg).
A l'auscultation : **râles** crépitant.

- **Embolie pulmonaire** (par phlébite)

Insuffisance Ventriculaire Droite (**IVD**), toux-angoisse, **douleur latéro-thoracique**, crachements sanglants.

- **Asthme cardiaque** (le patient siffle)

B) LA DOULEUR

1. Douleurs liée à l'ischémie myocardique

- **Angine de poitrine (ou angor) d'effort** : diagnostic à l'interrogatoire. Connaître :

→ **Les circonstances déclenchantes** : Cet angor est stable car il apparaît pour le même type d'effort. La douleur disparaît directement à l'arrêt de l'effort.
→ **Le siège de la douleur** : médio-thoracique = retro sternal = épigastrique, irradiations (bilatérale, maxillaire inférieur, cou, épaule, bras et avant bras G, poignets).
→ **La durée :** brève et cède à l'arrêt de l'effort **(max 10 min).** A la fin de la crise, il y a des sueurs ou des éructations.
→ **Intensité, caractère** : c'est une douleur angoissante et constrictive.
Test : prise de **trinitrine**, si la douleur s'arrête : angine de poitrine (30 sec-1min).

- **Angine de poitrine (ou angor) spontané :** **au repos et instable** (peut être précédée de crise d'effort ou non)

→ La douleur dure de **15 à 20 min**, elle est accompagnée de sueurs, de malaises, d'éructations (grave ++) et elle cède moins facilement à la **trinitrine**.

- ☒ **Angor de novo :** la toute 1ère. C'est un angor d'effort instable : évolution incertaine.
- ☒ **Angor crescendo :** douleur qui surviennent à l'effort mais qui ne sont plus stable : douleurs pour efforts de plus en plus minimes.
- ☒ **Angor Prinzmetal**

- **Le SCA Syndrome Coronarien aigu (stable préalable de l'infarctus)** plus longue **(>30min),** plus intense, avec une irradiation beaucoup plus large (les deux bras, la mâchoire,…). Il faut un examen complémentaire pour diagnostiquer l'infarctus.

- **Douleur péricardique :** Elle est modifiée par la respiration, et soulagée par la position en avant. Elle est prolongée : maximum **1 ou 2h**.

- **Douleur diverse :** **Embolie pulmonaire** : basi-thoracique. **Dissection aortique** : douleur qui suit le trajet de l'aorte. **Intercostales**.

C) LES PALPITATIONS

Battement de cœur sensibles et incommode pour le malade.

- **Extrasystoles :** contraction du myocarde en dehors des contractions normales (habituellement on ne le la sent pas). Pour le patient c'est un mini arrêt cardiaque.
- **Tachycardie :** début brusque ou progressif, même **arrêt** que dans les ES, avec ou sans **malaise**. A l'arrêt, il y a une crise de **diurèse** par le FNA (sécrété par les oreillettes).

Régulier ou irrégulier ? Il faut un ECG.

D) LES PERTES DE CONNAISSANCES / SYNCOPES / MALAISES

- **Syncope vraie (syndrome de Stockes-adams)** : diagn à l'interrogatoire.

Elle est **spontanée**, au repos : le patient se fait mal. De **courtes durées**.

→ Maladie grave : pace maker.

- **Syncope d'effort :** par rétrécissement aort, ou cardiomyopathie hypertonique.
- **Toux syncopales :** ictus laryngé (perte de connaissance si toux).
- **Hypotension arterielle orthostatique**
- **Malaise vagal :** podrome car on la sent venir, après un évnmt.
- **Lipothymies ou faux vertiges** : par de perte de connaissance complète, il a des faux vertiges (on ne voit pas les choses tourner).