



# EXAMEN PHYSIQUE :



## I-Inspection

1-Déformation thoracique	<ul style="list-style-type: none"><li>a-Pectus excavatum (thorax en entonnoir) = la plus fréquente</li><li>-Enfoncement plus ou moins prononcée de la partie inférieure du sternum</li><li>-Consécutif à un excès de longueur des cartilages chondro-sternaux</li><li>b/ Pectus carinatum : (comporte des anévrisme aortique de la maladie de macron au niveau de la racine aortique)</li><li>-Thorax en carène ou en bréchet, projection vers l'avant du sternum</li><li>-Consécutif à un excès de longueur des cartilages chondro-sternaux</li><li>-Syndrome de Marfan +++</li></ul>
2-Deformation du colonne vertébrale	<ul style="list-style-type: none"><li>-Scoliose</li><li>- Cyphose</li><li>-Lordose</li><li>- Dos plat</li></ul>
3- Turgescence des veines jugulaires	<ul style="list-style-type: none"><li>-Inspection de la VJE droite au niveau du cou en position demi-assise</li><li>-Augmentation/Excès de la pression veineuse centrale (ICD)</li></ul>
4/ Couleur des téguments :	<ul style="list-style-type: none"><li>a/Cyanose</li><li>-Coloration bleuâtre de la peau et des muqueuses</li><li>Taux d'Hg désaturée &gt; 5g/100ml de sang ((bronchique chronique, infection respiratoire)</li><li>-Prédomine au niveau des extrémités</li><li>-Causes:</li><li>*Shunt entre les cavités cardiaques (sang passe du cœur dt vers G)</li><li>*Troubles de l'hématose</li><li>Stase sanguine périphérique (dans l'état de choc=baisse de la pression artérielle la san n'arrive pas bien à l'extrémité)</li><li>-Bilan : hypoxie (gazométrie artérielle = Pression artérielle en o2 et mesure de Ph)</li><li>b/ ICTERE : Coloration jaune (lies a l'hémolyse sanguine=libre), d'abord au niveau des yeux puis généralisé</li><li>-Bilan : bilirubinémie totale, libre et conjuguée</li><li>c/ PALEUR</li><li>-Coloration blanche des téguments</li><li>-Bilan : anémie</li></ul>
5-Gerontoxon :	<ul style="list-style-type: none"><li>Dépôt liquidien dans la corné forme un cercle cornéen</li><li>Bilan : liés a l'hypercholestérolémie</li></ul>

6/ Xanthomes cutané et tendineux	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Saillies cutanées jaunâtres, Paupières et plis de flexion</li> <li>-Bilan: <b>hypercholestérolémie</b></li> </ul>
7-Hippocratisme digitale	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renflement en baguette de tambour des dernières phalanges</li> <li>-Traduit <b>une hypoxie chronique</b></li> </ul>
8-Oedemes des MI	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Zones déclives</b>, au niveau des lombes chez les sujets alités</li> <li>-Bilatéraux, symétriques, blancs, mous (prennent le godet) et indolores</li> </ul>

## II-Palpation :

Le choc apexien :	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Soulèvement pendant la systole: (4/5 EICG, médio-claviculaire)</li> <li>-Correspond à la contraction ventriculaire</li> <li>-Mieux perçu en décubitus latéral gauche</li> <li>-En pathologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dévié à gauche: augmentation du volume VG</li> <li>-Dévié à droite: augmentation du volume VD</li> <li>-Choc en dôme de Bard: Choc tonique (IAo)</li> <li>-2 foyers battants: anévrisme ventriculaire</li> </ul> </li> </ul>
Signes d'Harzer	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Creux xiphoïdien</b>, en inspiration profonde</li> <li>-Signe de dilatation – <b>hypertrophie du VD</b></li> <li>-A différencier des battements aortiques</li> </ul>
Frémissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Traduit la turbulence importante et accompagne un souffle ou un roulement</li> <li>-<b>Peut être systolique, diastolique ou continu</b></li> </ul>
Soulèvement infundibulo-pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Soulèvement systolique perçu au 2<sup>ème</sup> – 3<sup>ème</sup> EIC gauche, en parasternal</li> <li>-Signe d'hypertension pulmonaire</li> <li>- rare et difficile</li> </ul>
Palpation des pouls	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Bilatéral</b> et comparative du haut vers le bas ou l'inverse</li> </ul>
Foie	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Limite inférieure par la palpation : aspect du bord inférieur du foie</li> <li>-Limite supérieure par la percussion: <b>= Flèche hépatique</b></li> <li><b>Foie cardiaque</b>: sensible, douloureux à la palpation, avec un reflux hépato-jugulaire</li> </ul>

## III-Percussion :

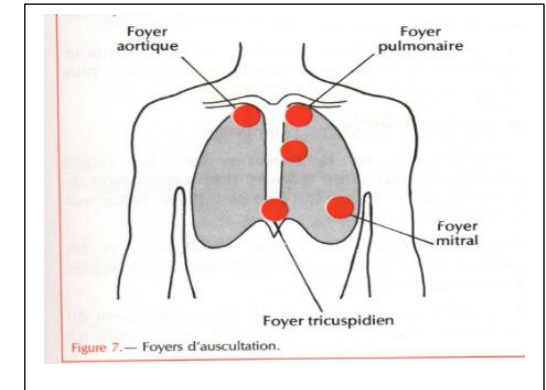
- N'a plus d'intérêt en cardiologie
- Doit rester systématique pour la recherche d'un épanchement pleural

## IV-Auscultation :

- **Bon** entraînement, **silence**, avec un bon stéthoscope et la position de malade : décubitus dorsal, latéral gauche, assis
- Palper le pouls en même temps
- Parfois **en apnée**

### Les foyers:

- FA : 2 E.I.C.D
- FP : 2 E.I.C.G
- FM : Pointe
- FT : appendice xiphoïde
- Autres foyers :
- Sous clavière gauche et les carotides



### 1-Auscultation normale :

#### 1-Rythme cardiaque

- .Régulier ou irrégulier : **60 – 80 bpm** chez l'adulte
- .Bradycardie < 60bpm
- .Tachycardie > 80bpm

#### 2-Les bruits normaux sont séparés par 2 silences :

- .B1-B2: systole ventriculaire
- .B2-B1: diastole ventriculaire
- .B1: maximum à la pointe, fermeture des valves AV
- .B2: mieux perçu au foyer aortique et pulmonaire, fermeture des valves sigmoïdes

#### 3-Intensité:

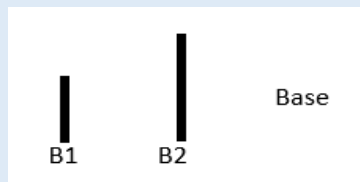
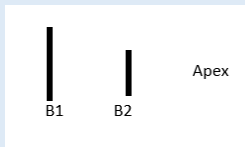
- .Plus prononcée chez le maigre et l'enfant, plus faible chez l'obèse
- /Assourdissement des bruits cardiaques en cas de tamponnade cardiaque

#### -Dédoubllement de B2:

.A l'inspiration

.En pathologie: fixe, Communication inter auriculaire

B2 : pointe, décubitus latéral : Proto diastolique correspond au remplissage rapide du VG



### 2-Auscultation pathologique :

#### a-Modifications de B1 et B2 :

- B1 et B2 diminués : épanchement péricardique
- Variation de B1 : peu d'intérêt
- Variation de B2 : **diminué** : rétrécissement aortique, B2 **augmenté** : HTA, hypertension pulmonaire ou Dédoubllement fixe: CIA

#### b-Bruits surajoutés :

En systole : click (bruit bref et sec) et en diastole : Claquement ou bruits de galop B3 / B4 (plus fréquents)

#### c-Frottement péricardique : Bruit surajouté superficiel

##### 1-Intensité variable :

- Doux comme frottement de la soie
- Intense râpeux : frottement cuir neuf

##### 2-Localisé : région mésocardiaque « nait et meurt sur place »

##### 3-Fugace

##### 4-Systolique ou systolo-diastolique

##### 5-Respecte les bruits cœur

##### 6-Perçu dans les péricardites aiguës

#### d-Souffles cardiaques :

##### 1-Mécanisme :

- Passage du flux à travers un orifice rétréci : sténose
- Retour en arrière du sang : régurgitation
- Communication anormale entre les cavités : CIV, PCA
- Augmentation du débit à travers un orifice normal : CIA

**B4 : télédiastolique ou présystolique** Correspond : Correspond à la contraction auriculaire (disparaît en fibrillation auriculaire)

**B3 ET B4 en général sont pathologiques**

## **2-Caractéristiques :**

-Maximum: paroi thoracique la plus proche de la turbulence

-Se propage dans le sens du courant:

RA: cou

IA: le long du bord gauche du sternum

IM: aisselle gauche

-Temps :

1-Systolique : proto, méso, télé, holo.

2-Diastolique : proto, méso, télé, holo.

3-Continu

-Intensité : 1 à 6, frémissant :  $\geq 4/6$

-Timbre : râpeux, musical, piaulant

## **3-Classifications :**

-Souffles organiques :

1-Lésion des valves ou anomalies des cloisons inter cavitaires

2-Systolique ou diastolique ou les 2

-Souffles fonctionnels ou anorganiques :

1-Valves : normales mais : Dilatation de l'anneau valvulaire par dilatation du ventricule, Augmentation du débit sanguin

2-Exclusivement systolique +++

-Souffle antérograde

-Souffle rétrograde

-Souffle d'éjection (systolique)

-Souffle de régurgitation (systolique ou diastolique)

## **Doubles souffles**

-Succession de souffles **systolique et diastolique** bien séparés par un intervalle silencieux

-Provient du **même orifice cardiaque**

⇒ **MALADIE VALVULAIRE : Ex : MALADIE MITRALE = IM + RM**

## Souffles cardiaques (Suite)

### Souffles systoliques

#### a-Souffle d'éjection :

-Augmente **après l'effort**, maximum : mysosystolique et un timbre râpeux

##### 1-Rétricissement aortique :

-Maximum au foyer aortique, Irradie vers les carotides, Intense, de tonalité grave

##### 2-Rétricissement pulmonaire :

-Plus rare (cardiopathie congénitale), Maximum : foyer pulmonaire et irradie : vers clavicule gauche et dos++

##### 3-Autres :

-Rétrécissement aortique sus ou sous orificiel ,Myocardiopathie hypertrophique obstructive ou Coarctation de l'aorte

#### b-Souffle de régurgitation :

-**Reflux** systolique du sang d'une cavité a forte pression  
→ faible pression et intensité d'emblée maximum est constante tout le long de la systole (B2 inclus)

##### 1-Souffle systolique de l'IM :

Maximum : pointe (foyer mitral)

Irradie vers aisselle gauche parfois base du cœur

Timbre : rude, jet de vapeur

Intensité variable

Intense : frémissement systolique

Cas particulier de l'IM par prolapsus de la valve

-Souffle méso-télésystolique ou télésystolique

-Précédé d'un click

##### 2- Souffle systolique de l'IT :

-Maximum : appendice xiphoïde

-Augmente nettement en inspiration : signe de Carvalho

#### c-Souffle de CIV :

-Maximum : long bord gauche du sternum

-Irradie: dans tous les sens «rayons de roue »

-Souvent intense

### Souffles diastoliques

-Toujours pathologiques +++

-2 types :

.Remplissage ventriculaire :RM, RT

-Régurgitation : IA, IP

#### a-Souffle de remplissage :

##### 1-Roulement diastolique (RM):

-Gène au remplissage ventriculaire

-Maximum : pointe

-Roulement débute à distance de B2 après claquement d'ouverture mitrale (COM), se prolonge en mésodiastole, décroissant puis renforcement présystolique, éclat de B1

→ **rythme Durozier**

-Mieux perçu après effort, décubitus latéral gauche

-S'accompagne de frémissement « cataire »

-Irradie : aisselle gauche

##### 2-Rétrécissement tricuspide : plus rare

-Même sémilogie sauf localisation tricuspide

-↑ en inspiration profonde

#### b-Souffle de régulation :

##### 1-Insuffisance Aortique:

-Défaut d'étanchéité des valves aortiques

-Maximum : long du bord gauche du sternum

-Débute au B2 qu'il efface

-D'emblée maximum, puis décroît

-Tonalité : doux, aspiratif

-Mieux perçu : patient assis, penché en avant, expiration forcée

2-Insuffisance pulmonaire : plus rare

### Souffles continus

**1-pas d'intervalle libre entre systole et diastole**

**2-PCA**

**3-Caractéristiques:**

- Maximum : sous la clavicule gauche

-Irradie : dos

-Intensité : variable, souvent intense, frémissant