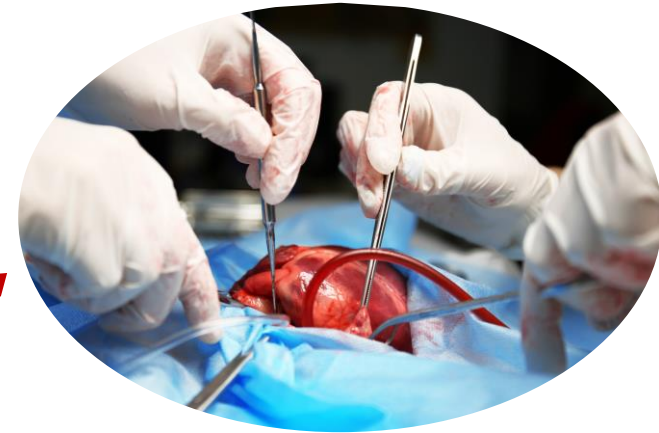


# SEMIOLOGIE

## CARDIAQUE



QCM



IMPORTANT

Résumé basé sur **le cours** et les **notes** prises en amph

Fait par : Saad BARAKA

© :barsaad2004@gmail.com

## A-PRINCIPAUX SYMPTÔMES

- 1-Douleurs
- 2-Dyspnée
- 3-Palpitation/syncopes
- 4-Claudication intermittente des membres inférieures

# INTERROGATOIRE

## B/ AUTRES ÉLÉMENTS RECUEILLIS PAR L'INTERROGATOIRE

- 1-Autres symptômes
- 2-Antécédents
- 3-FDR (cardiovasculaires)

## INTRODUCTION :

-Sémiologie=étude des signes

-Interrogatoires=Signes fonctionnels et examen clinique=Signes physique et de Examens paraclinique = Diagnostic

-Signes fonctionnels sont souvent subjectives

-Interrogatoire nous permet de chercher les principaux symptômes (Douleur, dyspnée, palpitations/syncopes et claudication intermittente des membres inf=dépôt de cholestérol au n des art inf ) ainsi que d'autres symptômes accompagnateur

-Facteur de risque cardiovasculaires=prouver d'être associés d'avoir une maladie cardiovasculaire (athérosclérose) ex :TABAC,HTA, DIABETE

## A-PRINCIPAUX SYMPTÔMES

### a-Douleur d'origine cardiaque :

#### 1-ANGOR

-Principal douleur cardiaque, caractéristique, traduit une anoxie=ischémie myocardique

- Besoin myocardique : FC, contractilité et la tension pariétal dépend de la précharge et la post charge

- Apport diminue : athérosclérose, anémie, hypoxie (Covid)

-Diabète : le cœur peut souffrir en silence=ischémie myocardique silencieux

-En 1 ère lieu localiser la douleur : majoritairement rétro-sternal, parfois épigastrique ou péricardique

-En 2 ème lieu : Irradiation de la douleur : majoritairement au membres sup G et la mâchoire

-En 3 ème lieu : Action de la trinitrine (médicament administre en intraveineuse grâce à des spray (Natispray)) qui fait de la vasodilatation pour améliore la perfusion coronarien) : Dans certaine situation ne marche pas

- En 4 ème lieu : Type de douleur : Douleur constrictif

-En 5 ème lieu : Circonstances : 2 types : (stable et instable)= angor d'effort et angor de repos

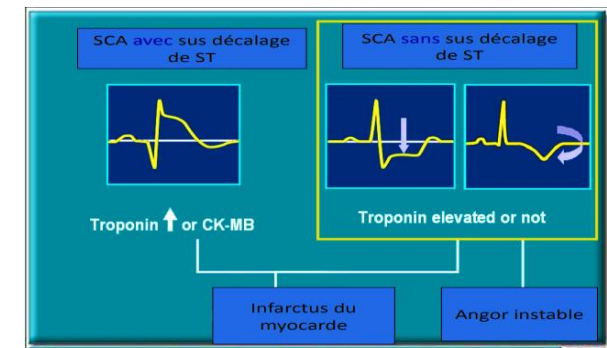
-En 6 ème lieu : Durée de la douleur : Angor d'effort (brève) régresse dans les 5 minutes (soulagée après l'arrêt d l'effort) par contre l'angor de repos : (prolongée) dure plus que 30 minute(lente)

-En 7 ème lieu : Intensité : variable angor de repos très intense, angor d'effort dépend de l'obstacle coronarien

-En 8 ème lieu : Fréquence : plus important dans l'angor d'effort

- En 9<sup>ème</sup> lieu : **Mode évolutif**
- En 10<sup>ème</sup> lieu : **Facteurs qui soulagent la douleur**
- En 11<sup>ème</sup> lieu : **Effet de la trinitrine**

- **spasme : la lumière artérielle coronarienne se diminue**
- **Ischémie myocardique due à une sténose coronaire critique (autres : vasospasme)**
- **Apport coronarienne en O<sub>2</sub> = au débit coronarien multiplie par l'extraction myocardique en O<sub>2</sub>**
- **Sportif peut augmenter 4 fois le débit coronarien**
- **Coronarographie : par une substance radio-opaque**



## 1-Syndrome coronaire chronique=Angor d'effort

-SSC : clinique, inconfort thoraciques, de la mâchoires, épaule, dos, des membres sup, calmé par repos ou trinitrine, douleur rétrosternal en barre, Déclenché par un effort ou un stress émotionnel, Disparaît après l'arrêt (2 à 5 min)

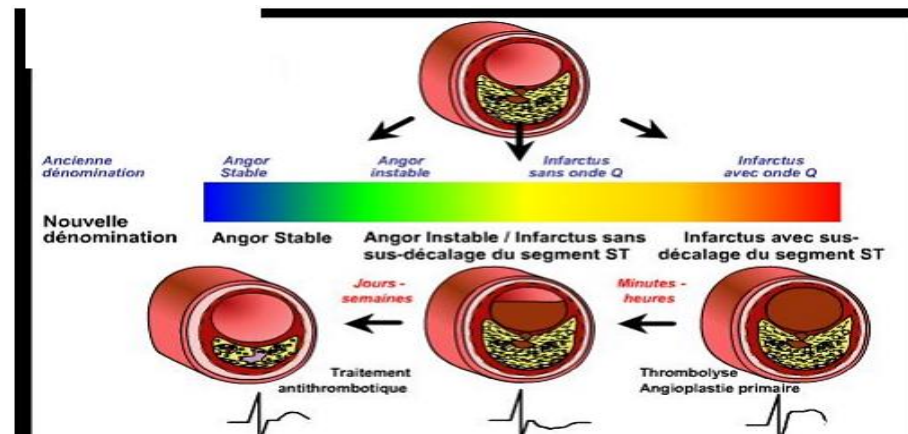
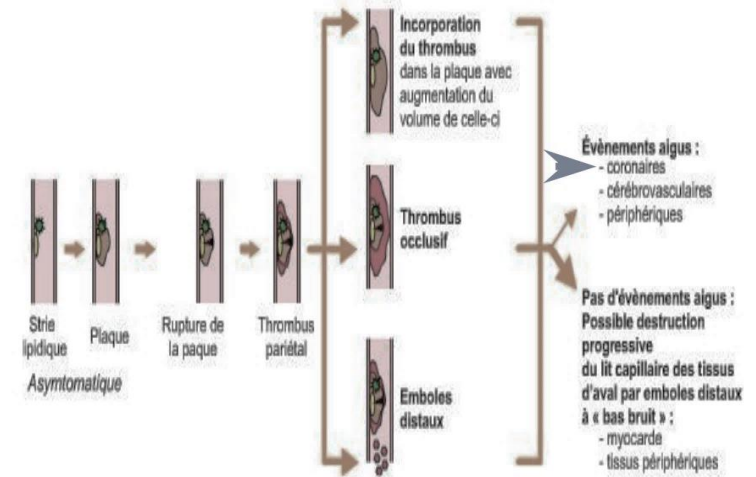
## 2-Syndromes coronaires aigue

-C'est aussi l'Angor de repos

Différentes expressions cliniques

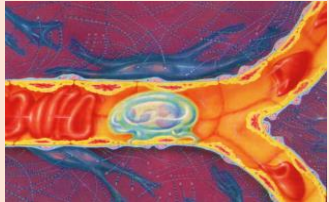
- Résultant d'un mécanisme physiopathologique fondamental commun
- Rupture ou érosion de la plaque d'athérosclérose
- **Douleur au repos et intense**
- **Durée : plusieurs heures, Résiste a la trinitrine, pour le diagnostic se fait par: ECG, enzymes**
- **Symptômes accompagnateurs : vomissements, nausées, sueurs, dyspnée,...**
- SCA avec sus décalage = Angor instable ou infarctus de myocarde
- SCA sans sus décalage = Angor instable
- A l'âge de 10 ans on peut avoir des stries lipidiques

**.IL FAUT DOSER DE LA THROPONIN**

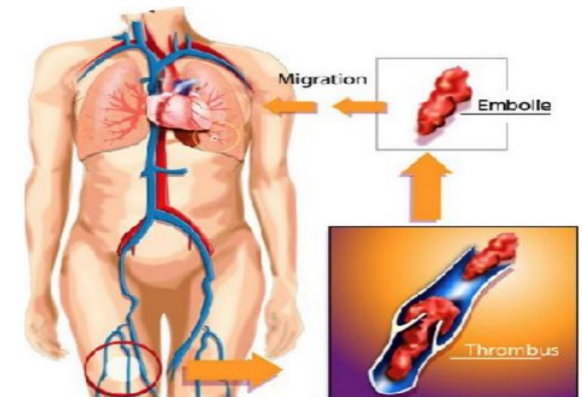


**'On s'rassure en disant qu'on a qu'une vie'** *Stakola*

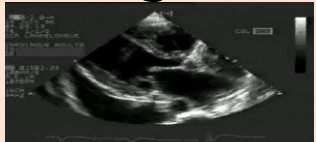
## 2-Embolie pulmonaire



- . Embolie : Obstruction(caillot migre au niveau de la circulation pulmonaire et fait obstruier la circulation pulmonaire)
- .Siege **latéro-sternal**, douleur brutal/Point de côté , associée a une dyspnée et a une tachycardie
- . Polypnée++ brutale et tachycardie - Douleur renforcée par la respiration
- .Chercher deux éléments fondamentaux : **signe de thrombophlébite**(rouge, signe de homans),
- facteurs de risque thrombo-emboliques**, **Triade de virchov**: stase veineuse, lésion pariétal, hypercoagulation

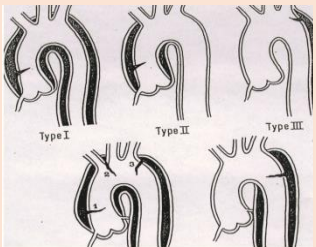


## 3-Péricardite aiguë



- . Inflammation de péricarde on peut avoir un **épanchement** péricardite (pas de frottement=**assourdissement** de bruit des cœur) ou **sans** (péricardite **sèche**= frottement péricardite)
- . Douleur **retro sternal**, irradiée à l'épaule, augmente l'inspiration et toux
- . Soulagée par la **position anté-fléchie**
- **!!Péricardite tamponnâtes** : **Compression adiaastolique** aigue des cavités cardiaque par des liquides péricardites accumulée, tolérées par l'augmentation de la FC

## 4-Dissection aortique



- Déchirure de la paroi(intima)** de l'aorte : clivage au niveau de la media (éruption du sang au niveau de la média )
- Douleur très violent, rétrosternal
- Irradie dans le dos(bas),
- ECG normal,
- Différence de PA entre la DT et G =Asymétrie

**Rq : Autres douleurs cardiaques : Traumatisme péricardique- Sténose valvulaires ...**



## b-Douleur extracardiaque :

<b>1-Œsophagienne</b>	- <b>Spasme œsophagien</b> - <b>Hernie diaphragmatique</b>
<b>2-Douleurs de la paroi thoracique</b>	- <b>Déclenchée aux mouvements ou à la pression</b> - <b>Nocturne, favorisée par fatigue</b>
<b>3-Neurotonique</b>	- <b>Douleur imprécise</b> - <b>Cortège riche</b>
<b>4-Pleuro pulmonaire</b>	

Cardiaques	Pulmonaires	Vasculaires	Gastro-intestinaux	Orthopédiques	Autres
<i>Myopéricardite</i> <i>Cardiomyopathies<sup>a</sup></i> <i>Tachyarythmies</i> <i>Insuffisance cardiaque aiguë</i> <i>Urgences hypertensives</i> <i>Sténose valvulaire aortique</i> <i>Cardiomyopathie de Tako-Tsubo</i> <i>Spasme coronaire</i> <i>Traumatisme cardiaque</i>	<i>Embolie pulmonaire</i> <i>Pneumothorax (compressif)</i> <i>Bronchite, pneumonie</i> <i>Pleurésie</i>	<i>Dissection aortique</i> <i>Anévrisme aortique symptomatique</i> <i>AVC</i>	<i>Œsophagite, reflux ou spasme œsophagien</i> <i>Ulcère peptique, gastrite</i> <i>Pancréatite</i> <i>Cholécystite</i>	<i>Troubles musculo-squelettiques</i> <i>Traumatisme thoracique</i> <i>Blessure/ inflammation musculaire</i> <i>Costochondrite</i> <i>Maladies de la colonne cervicale</i>	<i>Désordres anxieux</i> <i>Herpès</i> <i>Anémie</i>
<sup>a</sup> Les cardiomyopathies dilatées, hypertrophiques et restrictives peuvent toutes causer de l'angine de poitrine ou un inconfort thoracique.					

TABLEAU 1 : Diagnostics différentiels des SCA dans le contexte d'une douleur thoracique aiguë (en italique, les situations les plus fréquentes).

## 2-Dyspnée

-respiration difficile, pénible

-Normalement : ventilation involontaire et rythmique

-Dyspnée : ventilation pénible, consciente, angoissante

### a-Les caractéristiques :

- Inspiratoire (des voies hautes), Expiratoire(asthme)
- Polypnée, Bradypnée.
- A l'effort, au repos, décubitus (couchée sur le dos)
- Permanente ou paroxystique
- Mode d'évolution : Aigüe, subaigüe ou chronique

**b- Classification la plus commune c'est la NYHA (New York heart association) qui distingue une dyspnée dans 4 stades**

- **Stade I** : pas de dyspnée
- **Stade II** : dyspnée pour un effort important
- **Stade III** : dyspnée pour un effort faible
- **Stade IV** : dyspnée au repos

<b>Dyspnée d'effort :</b>	Survient à l'effort et très caractéristique de l'insuffisance cardiaque
<b>Dyspnée Décubitus</b>	<b>1-Orthopnée :</b> -Dyspnée au moment du coucher, Soulagée par la position assise -Se chiffre : nombre d'oreillers -Concerne l'insuffisance cardiaque gauche <b>2-Permanente :</b> accrue pour le décubitus
<b>Dyspnée Paroxystique</b>	<b>-Souvent nocturne</b> <b>1-Oedeme aigu de poumon(OAP) :</b> Urgence médicale, élongation des alvéoles par le liquide, expectoration mousseuse abondantes et une couleur rose-saumonée, rales crepitantes <p>Traitement par diminuer la pression hydrostatique : donner des diurétique (<b>lasilix</b> =Médicaments = un diurétique qui appartient à la famille des diurétiques de l'anse, dont l'action est <b>puissante et rapide</b>)</p> <b>2-Asthme cardiaque :</b> -Caractéristique de l'insuffisance cardiaque gauche typique pour les sujets âgés -Bradypnée expiratoire, Râles sibilants, Antécédents de broncho-pneumopathie <b>3- Forme atténuée :</b> subœdème pulmonaire



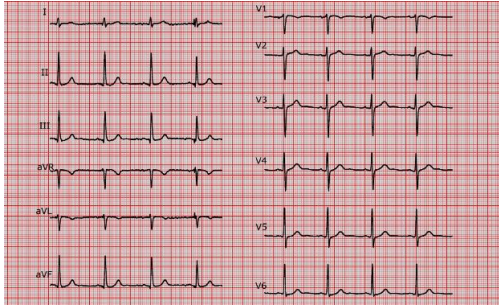
## d-palpitation

- Perception de façon anormal des battements cardiaque
- Symptômes **très subjective**
- du a une situation pathologique ou parfois physiologiquement (anxiété)
- 1-Palpitation de coups isole :** correspond a une contraction prématurée soit d'oreillette ou ventricule
- 2-Palpitaion de accès soutenu :** soit du début ou fin brusque (troubles des rythme cardiaque) ou des début progressive (tachycardie sinusal)
- 3-FC :** important pour le diagnostique
- 4-Regularite du rythme cardiaque :** fibrillation auriculaire (trouble de rythme irrégulier, des QRS irrégulier et fine, **pas de l'onde P** qui fait la traduction de la dépolarisation de l'oreillette)
- 5-Essayer de faire un ECG** pendant la crise (PR=0,12 s)
- L'indice de Sokolov :** destiné à apprécier et à quantifier une hypertrophie du ventricule gauche du cœur qui doit être **inférieur à 35/45 mm**

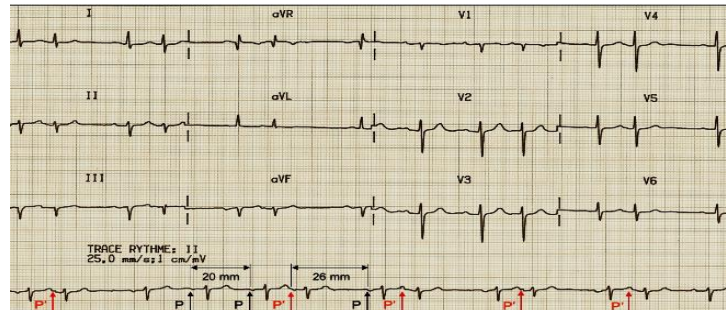
## c-Diagnostique étiologique

- D'origine **cardiaque**
- D'origine **respiratoire**
- D'origine **pleurale**
- D'origine **nerveuse**
- (Périodique : symptômes pas typique :ça peut savoir dans les pathologies cardiaque ou nerveuses)

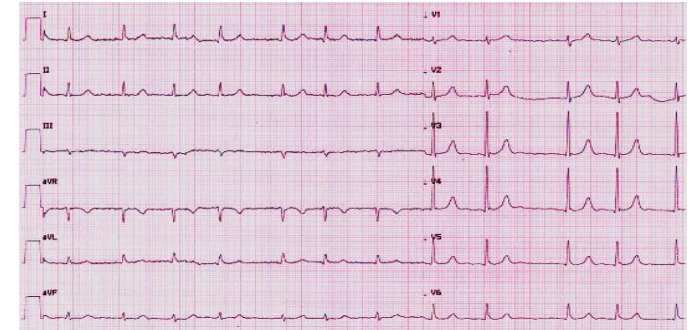
## ECG normal



## Extrasystole ventriculaire



## Fibrillation auriculaire



**Extrasystole ventriculaire :** Trouble de rythme qui a comme origine les ventricules (des QRS larges et l'axe de la dépolarisation est inverse que celui de la polarisation)

**Extrasystole auriculaire :** Battement façon prémature et suivit d'une pause compensatoire

- **Extrasystole :** QRS a **retard gauche** : originaire de ventricule droit

- **Extrasystole :** QRS a **retard droit** (bloque de bronches droites) = Originaire de ventricule gauche

## Syncopes et lipothymies :

- Syncope est une perte de conscience brutale totale très brève secondaire a une diminution brutale et transitoire du débit cérébral alors que lipothymies est incomplète et progressive
- Si syncope dépasse 15 s, respiration stertoreuse, secousse des membres
- Si syncope dépasse 30 s, cyanose.
- Généralement : Elle ne s'accompagne pas de perte d'urine ni de morsure de langue ( à distinguer de la crise convulsive d'épilepsie)

Diagnostic par interrogatoire : syncope cardiaque (risque mortelle)

1-Bilan étiologique :

- pas de prodromes : moins fréquentes, rythmique (tachy ou bradycardie ou hémodynamiques = Obstacles à l'éjection ou au remplissage par exemple Hta pulmonaire qui peut être responsable de la syncope)

**I-Causes cardiaques :**

- 1/ CAUSES RYTHMIQUES :

- TACHYCARDIE ou BRADYCARDIE (Tachycardie sinusal **n'explique pas** les syncopes)

- 2/CAUSES HEMODYNAMIQUES :

- a/OBSTACLES SUR LA VOIE D'EJECTION

- Ventricule Gauche: rétrécissement aortique serré
- Ventricule droit: hypertension artérielle pulmonaire

- b/OBSTACLES AU REMPLISSAGE CARDIAQUE

- Tumeurs cardiaques : Myxome de l'OG : obstacles au niveau de la valve mitrale

- Tamponnade cardiaque

## Claudication intermittente des membres inférieurs :

### II-Cause extracardiaque :

a. Syncopes vaso vagues (situationnelles: tussive, mictionnelle,)=Accès au fonctionnement de system parasympathique (cardio inhibitrices et vasopressive liée aucune dilatation des vaisseaux), la Syncope vasovagal est prodromes

b. Hypotension orthostatique : diminution de retour veineux, Baisse de la pression artériel

### III-Diagnostic différentielle :

- EPILEPSIE-HYPOGLYCEMIE-TROUBLES DE CONSCIENCE D'ORIGINE NEUROLOGIQUE
- PSEUDO-SYNCOPEs

Diminution de Débit sanguin au niveau de membre inferieur

. Secondaire a l'athérosclérose, Disparait à l'arrêt de marche

. Principal FDR : c'est le tabac

. Traduction clinique de l'artériopathie oblitérante des MI(AOMI)

. Douleur de marche dans un périmètre bien précis siège au niveau de la mollet et qui impose l'arrêt de marche

Classification par 4 STADEs de LERICH et FONTAINE

-STADE I : PAS DE DOULEUR : ABSENCE DE POULS

-STADE II : DOULEUR A LA MARCHE (.au sein de stade 2 on a 2 stades : **A** : plus de 200m et **B** : moins de 200)

-STADE III : DOULEUR AU DECUBITUS

-STADE IV : TROUBLES TROPHIQUE et GANGRÈNE

1-Index de la pression systolique :

Si il est inferieure a 0,9 AOMI ,

si il est supérieure a 1,3 médiacalcose =patient diabétique



**'Ne jamais brûler les étapes'**

*Stakola*



## B/ AUTRES ÉLÉMENTS RECUEILLIS PAR L'INTERROGATOIRE

### AUTRE SIGNES FONCTIONNELS

a-Fièvre chez un cardiaque

#### 1/ RECONNAITRE LA FIEVRE

- -Décalage thermique et la courbe de température
- **Valvulopathie + une fièvre = Endocardite infectieux** jusqu'au prouve de contraire

#### 2/ RECONNAITRE LA CARDIOPATHIE

-Interrogatoire et cardiopathie

-Connue ou Découverte récent (examen complémentaires)

-Se fait par l'application d'un ECG, Rx, ECHO

#### 3/ CHERCHER LA CAUSE DE LA FIEVRE :

Histoire de la maladie, foyer d'infection par un examen complémentaires ou hémoculture

.Certains **systématique et autre orientes**

#### 4/ RELATION DE LA FIEVRE ET LA CARDIOPATHIE

-Due à la cardiopathie : endocardite infectieuse (consomme beaucoup de sels, anémie, embolie pulmonaire)

-Cause de décompensation cardiaque : ICC décompense en ICA en raison d'une infection respiratoire

-Sans rapport avec la cardiopathie : fièvre intercurrente

b-Autre symptômes :

- 1/Toux(manifestation respiratoire paroxystique)– 2/Hémoptysies(origine respiratoire sous glottique : Œdème pulmonaire, Embolie pulmonaire°– 3/Asthénie – 4/Poids (signes d'alerte pour ajuster son traitement diurétique c'est un signe de surcharge )

### ANTÉCÉDENTS

Familiaux ou personnels

### FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES

#### • Facteurs non modifiables:

- AGE – SEXE - Hérédité

#### • Facteurs modifiables:

- **Majeurs:** HTA, diabète, tabac, dyslipidémies
- **Mineurs:** stress psycho-social, sédentarité, obésité