

## LES SIGNES FONCTIONNELS CARDIAQUES (SUITE)

### A. L'hémoptysie

#### 1. Définition :

C'est le rejet par la bouche, lors un effort de toux de sang provenant des voies aériennes sous-glottiques.

C'est un signe alarmant pour le malade. Il est dû soit à une maladie aiguë ou chronique des voies aériennes ou du parenchyme pulmonaire, soit à une maladie cardio-vasculaire.

#### 2. Les différents types d'hémoptysie:

\* suivant l'abondance on distingue :

**a. L'hémoptysie de grande abondance :** C'est le rejet par la bouche d'une grande quantité de sang (Plus de 300 ml) après une quinte de toux. Elle est rare. Elle survient brutalement sans avertissement. Elle s'accompagne d'un tableau d'anémie aiguë avec pâleur, refroidissement des extrémités, agitation, pouls filant, tension artérielle effondrée.

L'hémoptysie de grande abondance peut être foudroyante : mort par asphyxie avant l'extériorisation de l'hémorragie.

**b. L'hémoptysie de moyenne abondance :** c'est la plus fréquente. Elle se déroule de la manière suivante :

\* Les signes annonciateurs ou prodromes sont les suivants : sensation de chaleur rétro-sternale, saveur métallique dans la bouche, angoisse, gêne respiratoire, picotement laryngé.

\* L'hémoptysie : une toux quinteuse ramène brusquement du sang pur rouge, aéré, spumeux, de 100 à 300 cm<sup>3</sup>.

\* Les signes accompagnateurs : sont une angoisse, une pâleur du visage et une dyspnée.

\* L'évolution : les quintes de toux s'espacent, la quantité de sang rejetée diminue, au bout de quelques heures le malade expectore des crachats hémoptoïques qui vont persister deux à trois jours : c'est la queue de l'hémoptysie.

**c. L'hémoptysie de petite abondance :** elle peut revêtir plusieurs aspects

\* Crachats sanglants, isolés, expectorés en petit nombre entre des expectorations muco-purulentes.

\* Parfois un seul crachat homogène, rouge, entièrement teinté de sang.

#### c. Le diagnostic différentiel :

Le diagnostic d'hémoptysie est facile lorsqu'on assiste à l'épisode hémorragique, sinon il est plus difficile; il repose alors sur un interrogatoire minutieux qui permettra d'éliminer ce qui n'est pas une hémoptysie.

**1. Hémorragie d'origine buccale ou pharyngée:** qui s'évacue par simple expulsion sans qu'il y ait toux. L'examen minutieux de la cavité bucco-pharyngien permet de retrouver la source du saignement.

**2. L'épistaxis postérieure :** où le sang coulant sur le larynx peut provoquer un réflexe de toux, il existe en général une épistaxis antérieure associée.

**3. L'hématémèse :** est le diagnostic qui demande le plus d'attention.

➤ **Les prodromes :** troubles digestifs et nausées (qui remplacent le chatouillement laryngé).

Le rejet de sang s'accompagne d'efforts de vomissement (qui remplacent les quintes de toux).

Le rejet de sang n'est pas aéré, mousseux, mais contient des débris alimentaires. Parfois le diagnostic est difficile : hémoptysie abondante partiellement déglutie et ensuite vomie, hématomèse abondante dont le sang est rouge non acide parce qu'il n'a pas séjourné dans l'estomac. D'où l'importance de l'observation du malade au lendemain de l'accident :

Regarder le crachoir, s'il contient des crachats teintés de sang : c'est la queue de l'hémoptysie.

Regarder les selles, si elles sont noires : il s'agit d'un melæna, donc l'hémorragie présentée par le malade était une hématomèse.

## L'ŒDEME AIGU DU POUMON (OAP)

### 1. Définition

On appelle œdème aigu du poumon une transudation ou inondation alvéolaire par du sérum.

### 2. Physiopathologie

Lorsque la pression hydrostatique dans les capillaires pulmonaires devient supérieure à la pression oncotique survient un passage (transudation) du sérum des capillaires vers les alvéoles pulmonaires entraînant une inondation de ces dernières.

### 3. Signes cliniques

L'OAP caractéristique de l'insuffisance ventriculaire gauche et du rétrécissement mitral serré. Il peut revêtir plusieurs aspects, le plus typique est la grande crise d'OAP

#### **a. Signes cliniques de la grande crise d'OAP :**

- **Le début :**

Il survient d'une façon brutale en général la nuit. Il se manifeste par une sensation d'oppression thoracique rapidement croissante, un chatouillement laryngé et une toux.

- **La phase d'état :**

Elle est atteinte en quelques minutes. Le malade est assis au bord du lit couvert de sueur, le teint blafard, cyanose, les jugulaires turgescents.

**Trois signes fonctionnels principaux sont notés :**

- **La polypnée** (accélération de la fréquence respiratoire) intense, angoissante avec orthopnée (dyspnée à la position assise soulagée par le décubitus), sensation de grésillement laryngé; il n'y a pas de point de côté.

- **La toux** : incessante, quinteuse, pénible, qui ramène rapidement l'expectoration séreuse caractéristique qui est mousseuse, rosée dite saumonée (colorée en rose par la présence de globules rouges), très abondante remplissant plusieurs crachoirs en quelques minutes sans soulager le malade.

- **l'examen clinique** : l'auscultation retrouve l'existence de râles crépitants d'abord aux deux bases pulmonaires, puis remontant vers les sommets réalisant la classique marée montante des râles crépitants.

- **L'évolution** : est fonction de la précocité du traitement qui doit être institué en urgence.

#### **b. D'autres formes peuvent être rencontrées :**

- α. la forme suraiguë** : le plus souvent mortelle en quelques minutes par asphyxie.

- β. à l'opposé la forme atténuée** : elle se manifeste par une toux quinteuse ramenant quelques crachats mousseux accompagnant une sensation d'oppression thoracique ; dans cette forme les accès ont tendance à se répéter plusieurs nuits de suite. Cette forme atténuée peut survenir au cours du rétrécissement mitral serré, elle apparaît alors à l'effort.

#### ➤ **L'asthme cardiaque :**

- Il s'agit d'une crise dyspnéique à début brutal le plus souvent nocturne réalisant une bradypnée expiratoire avec thorax bloqué en inspiration et soif d'air intense.

- L'auscultation retrouve des sifflements expiratoires : les râles sibilants disséminés dans les deux champs pulmonaires.
- L'évolution : la crise se termine par quelques secousses de toux qui ramènent quelques crachats muqueux blanchâtres visqueux. Le diagnostic entre crise d'asthme bronchique et crise d'asthme cardiaque est posé sur l'examen du coeur et des vaisseaux entre les crises dans le premier cas cet examen est normal, dans le deuxième cas, on retrouve soit une cause cardiaque ou vasculaire d'insuffisance ventriculaire gauche, soit un rétrécissement mitral.