

Sémiologie artérielle

Dr B.BOUHAFS

Cours destiné aux étudiants de la 3^{ème} Année de médecine

Objectifs Pédagogiques

- *savoir diagnostiquer une thrombose artérielle
- * savoir apprécier le pouls artériel et déterminer sa pathologie
- * calculer l'index de pression systolique (IPS)

Plan

Sémiologie artérielle

Inspection

Palpation

Perception de frémissement ou « Thrill »

Auscultation

Mesure de la TA

Mesure et interprétation de l'IPS.

Les artères sont constituées de 03 tuniques :

Adventice : Tunique externe fibreuse.

Media : Tunique moyenne, musculaire épaisse (disparaît dans l'anévrisme).

Intima : Endothélium : Tunique interne dont le dépôt de cholestérol va rétrécir la lumière des artères.

A) Inspection

*** Les artères sont souples et expansives pendant la systole, invisible a l'état normal.

*** Artères huméral est visible, sinueux, et battante a chaque systole en cas d'athérosclérose.

*** Pulsation carotidienne, sont ample et visible a la base du cou en cas d'I.Ao.

B) PALPATION :

2eme, 3eme, 4eme doigts ;

Palpation douce, sans pression.

1) Pouls carotidien : Synchrone avec B1, en écrase la carotide contre l'apophyse transverse de la 6 eme vertèbre cervicale.

2) pouls sous clavier : en arrière de la clavicule.

3) pouls axillaire : dans la partie haute de la pyramide axillaire en écrasant l'artère contre l'humérus.

4) pouls huméral : au dessus du coude à la partie inferieur du biceps en dedans

5) pouls radial : partie infero-externe de l'avant bras au dessus du poignet.

6) pouls fémoral : plie inguinal du triangle de SCARPA : synchrone avec le pouls radial.

7) pouls poplité : creux poplité.

8) pouls tibial postérieur : en arrière de la malléole interne.

9) pouls pédieux : dos du pied, non perçu dans 5 à 10% des cas chez le sujet normal.

10) Aorte abdominal (mieux perçu chez le sujet maigre), palpe à gauche de la ligne médiane.

Présent (+) ; absent (0) ; faible (+-) ; anormalement fort « Anévrisme » (++)

• Les artères symétriques ont des battements synchrones et égaux.

• Pouls régulier : sa fréquence = fréquence cardiaque.

B-1) Les anomalies du pouls

- 1 – **trouble du rythme cardiaque** : * irrégularité du rythme cardiaque.
* anomalie de fréquence cardiaque :
 Bradycardie
 Tachycardie

2- Modification de la consistance artérielle :

- * Artère dure en tuyau de pipe (athérosclérose).
- * Artère dure de taille réduite (HTA sujet jeune).

3-Modification de l'amplitude des battements artérielle.

- * pouls petit est mou= débit cardiaque réduit
- * pouls petit permanent : RAo ou I.C.G.
- * pouls petit (ou absent) passagère : Syncope/ lipothymie
- * Pouls fémoral (0) ou (+ -) / pouls radial (+) (++).

Sujet jeune : Coarctation de l'aorte

Sujets âgés : Thromboses de la partie terminale de l'aorte ou les deux artères iliaques.

L'augmentation de l'amplitude des pouls artérielle ne peut être que généralisé, elle est rencontrée en cas :

- * Hyperthyroïdie
- * éréthisme cardiaque.

* I.Ao. Réalisant le **pouls de CORRIGAN** : c'est un pouls ample, bondissant, et dépressible (soulève subitement le doigt pour s'effacer aussitôt).

Pouls paradoxale de Kussmaul : l'amplitude diminue à l'inspiration et augmente à l'expiration, s'observe en cas de :

* Péricardite (constrictive, à gros épanchement).

Pouls Bigéminé : succession de 02 battement rapprochés, l'un fort (Systole normal)

L'autre faible (Extra systole).

S'observe en cas d'intoxication digitalique

Affaiblissement ou disparition élective d'un pouls artérielle = obstruction total ou subtotal d'un tronc artérielle (artérite des membres inférieurs ou embolie artérielle d'un membre.

C) : Perception de frémissement ou THRILL

Frémissement systolique ou systolo-diastolique perçu par la palpation en cas d'anévrisme artérielle ou fistule artério-veineuse.

D) Auscultation (ne pas comprimé l'artère par le stéthoscope)

L'auscultation d'un souffle systolique d'éjection, ou systolo-diastolique désigne l'existence d'un rétrécissement artérielle ou thrombose.

L'existence d'un Souffle systolique latéro-ombilical ou sus ombilical, doit inciter à rechercher une **HTA réno-vasculaire**.

Double souffle crural de DUROZIER : en comprimant l'artère fémorale avec le stéthoscope, puis en diminuant progressivement on entend un souffle systolique et un souffle diastolique (**I.Ao**).

E) Mesure de la pression artérielle

P MAXIMA = systolique

P MINIMA = diastolique

HYPO-TA : hypovolémie ; I.C.G. ; chez les sportifs de haut niveau.

Elargissement de la différentielle : I.Ao.

Pincement de la différentielle :

120/129	80/84	TA NORMAL
130/139	85/89	TA NORMALEMENT HAUTE
140/159	90/99	LEGERE HTA
160/179	100/109	HTA MODEREE
> 180	> 110	HTA SEVERE, MALIGNE
< 100	< 70	HYPOTA

IL est néanmoins recommandé de la TA « Méthode 3x3x3 »
 MATIN avant repas : 3x à une minute d'intervalle
 En fin d'après midi : 3x à une minute d'intervalle
 Avant le coucher : 3x à une minute d'intervalle

MAPA : Mesure ambulatoire de la pression artérielle

La MAPA permet de poser un diagnostic, de vérifier la bonne efficacité d'un traitement anti-HTA, s'assurer de l'absence d'HypoTA.

La MAPA évite

** effet blouse blanche

** élévation de la TA due au stress du cabinet médical qui

peut fausser les valeurs.

HTA de la blouse blanche : 20% des patients

Au cabinet	140/90
Vie habituel	135/85

Pas de traitement, hygiène de vie, sujet à surveiller de près (sujet à risque).

HTA MASQUEE

Correspond à l'inverse de l'effet blouse blanche, patient normotendu au cabinet mais présentant une HTA lors de la MAPA

SUJET DIPPER TA DIMINUE DE FACON PHYSIOLOGIQUE LA NUIT
 PHENOMENE « DIPPER »

NON DIPPER BAISSSE DE LA TA 0—10%

DIPPER NORMO BAISSSE DE LA TA 10—20%

EXTREME DIPPER BAISSSE DE LA TA > 20%

REVERSE DIPPER HAUSSE DE LA TA

Explorations

ECHO- DOPPLER

Artériographie

TDM spiralée des artères rénales

Angio-IRM des artères rénales

Index de pression systolique :(IPS) =

Pression systolique cheville/ pression systolique huméral.

IPS= PSC/PSH= 0,90-1,30 (Etat hémodynamique normal)

+ Si IPS > 1,30 Artères incompressibles (médiacalcoses)

*sujet âgé

* diabétique.

*insuffisance rénale.

+ Si IPS 0,75-0,90 AOMI bien compensé

+ Si IPS 0,40-0,75 AOMI peu compensé

+ Si IPS < 0,40 AOMI non compensé : retentissement sévère.

Index de pression systolique (IPS) détecte l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), le plus précocement possible à un stade asymptomatique.

Classifications des AOMI

Stade I : asymptomatique IPS < 0,90

Parfois on trouve une diminution ou abolition du pouls du côté atteint.

Stade II : Claudication intermittente, douleur du mollet, de la cuisse, de la fesse, apparaissant à la marche et disparaît à l'arrêt

Stade III : Ischémie de repos : douleur existe au repos, accentuée lors de la surélévation de la jambe, soulagée par la position jambe pendante.

Pied est souvent froid, pâle, cyanosé (bleuté).

Stade V : Gangrène : c'est la nécrose du segment du membre ischémié nécessitant une amputation

- * phase sèche aseptique peu douloureuse.

- * phase humide septique très douloureuse.

SEMIOLOGIE VEINEUSE

PLAN

- I. RAPPEL ANATOMIQUE
- II. THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE = THROMBOPHLEBITE
- III. VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS
- IV. INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE

I. RAPPEL ANATOMIQUE :

La circulation veineuse est assurée par deux réseaux, l'un profond et l'autre superficiel :

-Le réseau veineux profond : assure 90% du retour veineux en provenance des veines musculaires fortement assisté par les contractions musculaires.

-Le réseau veineux superficiel : correspond aux veines saphènes issues du réseau veineux plantaire qui assure 10% du retour veineux, en provenance de la peau et des tissus sous-cutanés.

Les deux réseaux sont reliés par un système d'anastomoses, les perforantes. Enfin le réseau veineux est doté de valvules qui participent à la circulation sanguine veineuse.

II. THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE = THROMBOPHLEBITE :

1. Définition :

Elle se définit comme la formation de caillots sanguins au niveau des veines profondes. Le plus souvent elle touche les membres inférieurs et notamment le mollet (on parle de thrombose surale) mais elle peut aussi toucher les vaisseaux pelviens, les vaisseaux des membres supérieurs et même la veine cave.

2. Clinique :

-Douleur : c'est une douleur intense dont la topographie est en fonction du siège de la thrombose. Elle peut siéger au niveau du mollet (thrombose surale) ou au niveau de la cuisse (thrombose fémorale).

-Œdème : il accompagne la douleur, c'est un œdème gardant le godet prenant le mollet. Il peut être étendu à la cuisse prenant tout le membre (TVP iliaque) ou au contraire localisé uniquement à la cheville (TVP du mollet). Le caractère unilatéral de l'œdème permet d'éliminer les autres causes d'œdèmes mécaniques et qui sont bilatéraux (cardiaques, rénaux, hépatiques). La seule situation observée dans la TVP ou l'œdème peut être bilatéral est la thrombose cave.

- Perte du ballotement du mollet
- Signe de HOMANS : la dorsiflexion du pied provoque une douleur du mollet
- Chaleur cutanée.

3. Diagnostic Positif :

-Echodoppler veineux : le diagnostic de TVP est confirmé par l'échodoppler veineux. C'est un examen non invasif et par lequel on obtient l'analyse de la veine et de son contenu par les ultrasons (écho), associée à celle des vitesses circulatoires (doppler). Cet examen a remplacé la phlébographie.

-D-dimères sanguins : Ce test a une excellente valeur prédictive négative : si le test est négatif, on peut éliminer le diagnostic de phlébite, mais s'il est positif on ne peut pas conclure. Les D-dimères proviennent de la dégradation de la fibrine observée lors de la fibrinolyse.

-Score de Wells : permet d'établir la probabilité clinique d'une TVP. Il consiste à additionner les points se rapportant à certaines situations cliniques et en fonction du chiffre obtenu on peut parler de diagnostic probable, peu probable ou non probable. Les signes cliniques recherchés favorisant l'avènement d'une TVP : alitement, œdème gardant le godet, membre inférieur plâtré, néoplasie profonde, antécédent obstétricaux ou chirurgicaux récents.

4. Evolution :

-Embolie pulmonaire : complication redoutable de la TVP, elle est la conséquence de la migration d'un caillot de sang à partir de la phlébite, son diagnostic doit être précoce car elle met en jeu le pronostic vital. Elle se manifeste par une dyspnée à type de polypnée, une douleur latéro-thoracique aiguë et parfois par une hémoptysie.

-Syndrome post phlébétique : complication tardive des TVP se traduisant par des œdèmes persistants accompagnés parfois de dermatite ocre ou d'ulcère veineux.

En cas de TVP et en absence de contexte clinique évocateur (alitement, néoplasie, cardiopathie emboligène, contexte post chirurgical, post partum, position assise prolongée..) une enquête étiologique doit être entreprise à la recherche de thrombophilie acquise ou congénitale.

III. VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS

Dilatation des veines superficielles des membres inférieurs avec absence de risque d'embolie pulmonaire. A l'examen clinique le patient doit être vu en position debout car les varices se remplissent de haut en bas.

Sur le plan évolutif, les varices peuvent se compliquer de phlébite superficielle ou de rupture avec saignement sans grand danger pour le patient.

Principaux facteurs de risque des varices

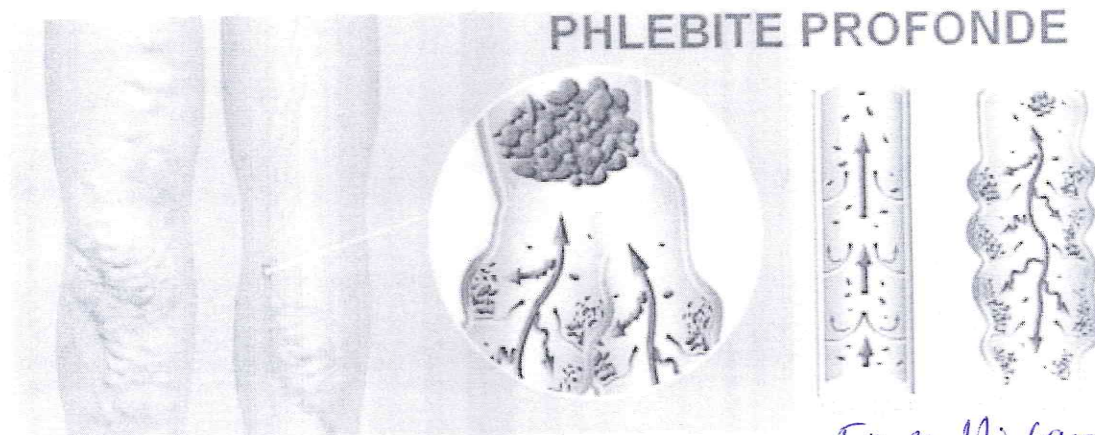
- l'âge
- le sexe féminin
- une prédisposition familiale
- le surpoids
- la grossesse
- la sédentarité
- l'exposition à la chaleur
- le port de chaussures trop hautes ou de vêtements trop serrés
- Les professions exigeant une station debout (vendeuses, coiffeuses, infirmières, agents de police...)

IV. INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE :

Elle est le résultat d'une dysfonction du retour veineux des membres inférieurs par incontinence valvulaire, avec ou sans obstruction veineuse, affectant le réseau veineux superficiel, le réseau veineux profond ou les deux, et résultant d'un processus pathologique congénital ou acquis.

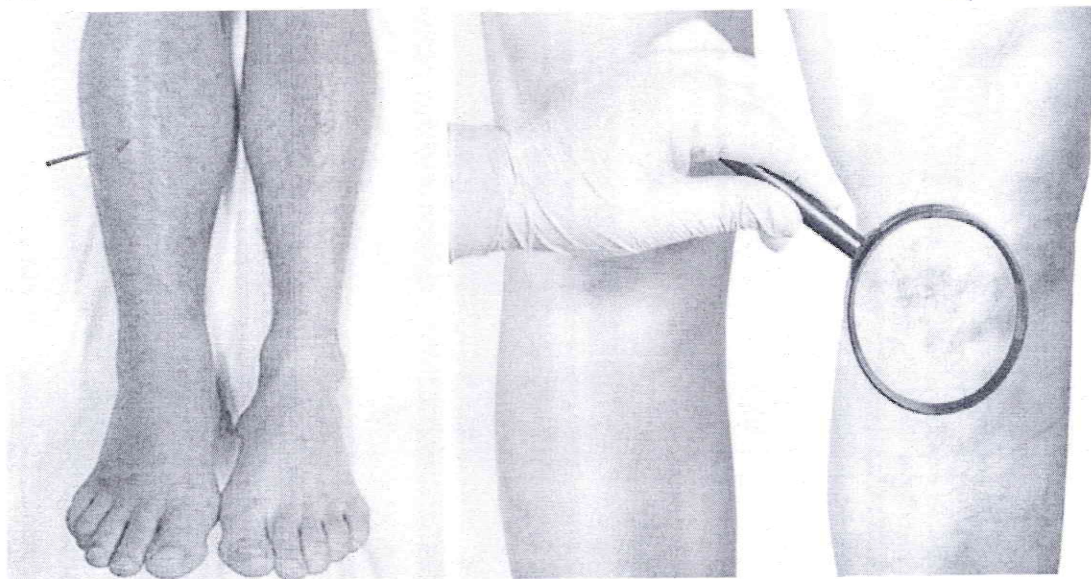
Pathologie très fréquente, qui intéresse beaucoup de personnes, notamment les jeunes femmes se traduisant par des douleurs et des œdèmes au niveau des jambes. Cette affection est souvent associée à une pathologie variqueuse mais les deux ne sont pas toujours liés. Elle peut être aussi la conséquence du syndrome post phlébétique observé après la survenue de TVP.

ICONOGRAPHIE



TVP

INSUISANCE VEINEUSE : *Insuffisance veineuse*



VARICES

