

**L'EXAMEN DU CŒUR ET DES VAISSEAUX  
HISTOIRE DE SANTÉ QUESTIONNAIRE**

| <b>INSPECTION – PALPATION - AUSCULTATION / COU</b> |   |   |
|--|---|---|
| <b>Présentation allure générale</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évidence de difficultés respiratoires               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tirage (sternal, sous-costal,</li> <li>○ Dyspnée, apnée</li> </ul> </li> <li>▪ Lenteur dans les activités</li> <li>▪ Change-t-il constamment de position? Incapable de bouger?</li> <li>▪ Orientation dans les 3 sphères</li> <li>▪ Apparence d'œdème membres inférieurs</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insuffisance cardiaque</li> <li>▪ D'origine diverse (cardiaque, respiratoire, neurologique, psychogène)</li> <li>▪ Étourdissements, anxiété, faiblesse, irritabilité</li> <li>▪ DPN, orthopnée, trépopnée, platypnée p. 261</li> <li>▪ Classe fonctionnelle p. 303</li> <li>▪ Insuffisance cardiaque droite ? /ou insuffisance veineuse ?</li> </ul>   |
| <b>Faciès</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cyanose (pourtour labial, ongles, etc)</li> <li>▪ Pâleur</li> <li>▪ Paupières ⇒ xanthélasma (plaques jaunâtres)</li> <li>▪ Arc cornéen (cercle blanc grisâtre pourtour iris) ou arc sénile de la cornée" ou gérontoxon chez personne âgée ⇒ Normal</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Degré d'oxygénation, perfusion tissulaire</li> <li>▪ Perfusion tissulaire, anémie, choc ?</li> <li>▪ Dyslipidémie</li> <li>▪ Avant l'âge de 50 ans ⇒ dyslipidémie</li> </ul>   |
| <b>Position</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Couché, tête de lit à 30°</li> <li>▪ Prendre signes vitaux :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TA ⇒ 2 bras</li> <li>○ Pouls ⇒ radial en notant le FRA</li> <li>○ Pouls ⇒ apex ⇒ Y-a-t-il pouls déficitaire ?</li> </ul> </li> </ul>   |   |
| <b>Jugulaires et carotides</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dilatation veines jugulaires (turgescence)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vague ondulatoire</li> <li>○ Mesure de la PVJ                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assis 30-45°, Tête légèrement tournée vers la gauche</li> <li>▪ Règle graduée angle de Louis et règle perpendiculaire à la hauteur du battement</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Reflux hépato jugulaire               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maintenir une pression de 20 mm Hg sous le rebord costal droit pendant 10 sec. à l'aide d'un sphygmomanomètre préalablement gonflé (6 pressions)</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Palpation</b> pouls carotidien (1 côté à la fois)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Contour et frémissement</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Auscultation carotides avec la cupule</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tonalité, intensité, durée ⇒ Présence d'un souffle ?</li> <li>○ Demander au patient de garder sa respiration pendant l'auscultation d'un cycle complet</li> <li>○ Faire respirer entre les auscultations</li> <li>○ Comparer un côté avec l'autre</li> <li>○ Ausculter sur 3 points chaque carotide</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ État de surcharge cœur droit ?<br/>N.B. : La turgescence de la veine jugulaire garde toute sa signification clinique sous ventilation mécanique</li> <li>▪ Normalité 3-4 cm (H<sub>2</sub>O) si supérieur incompétence côté droit du coeur</li> <li>▪ Veine jugulaire doit se dégonfler immédiatement après le retrait de la pression</li> <li>▪ Amplitude normale = 2+ p.313,<br/>Non palpable = 0</li> <li>▪ ↓ des pulsations ⇒ causé par ↓ du volume d'éjection ou à des facteurs locaux ⇒ une insuffisance ou un rétrécissement carotidien</li> <li>▪ Artère carotide sinueuse ⇒ bombement pulsatile unilatéral</li> <li>▪ La détection d'un souffle nécessite un examen plus poussé par le médecin</li> </ul> |

## INSPECTION – PALPATION – AUSCULTATION /CIRCULATION PÉRIPHÉRIQUE

|                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
| <b>Membres supérieurs</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inspection / Palpation de façon bilatérale, en même temps             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coloration, symétrie,</li> <li>○ Température, texture</li> <li>○ Œdème                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesure avec un gallon</li> <li>▪ Type d'œdème, coloration, godet ?                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Compression tissus sur un plan dur</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Palpation             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pouls radial comparé l'un avec l'autre</li> <li>○ État circulatoire artères radiales et cubitales :</li> <li>○ Test Allen                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compression simultanée des artères radiales et cubitales ⇒ relâcher une des deux compressions la main doit se reperfusioner</li> <li>▪ Refaire sur la même main en relâchant l'autre artère</li> </ul> </li> <li>○ Ganglions épitrochléens                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coude plié à 90° avant-bras maintenu par une main</li> <li>▪ Passez l'autre main sous le coude pour palper le sillon entre le biceps et le triceps</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Syndrome de Raynaud et pseudo Raynaud (pouls sont normaux)</li> <li>▪ Ischémie des doigts avec pâleur intense, suivie de cyanose puis d'érythrose quand on passe du réchauffement au refroidissement</li> <li>▪ Lymphoedème peut être secondaire à un curage ganglionnaire ou à une radiothérapie</li> <li>▪ Œdème des membres supérieurs avec des veines saillantes suggère une obstruction veineuse</li> <br/> <li>▪ Réalisé pour connaître la perméabilité des artères radiales et cubitales</li> <li>▪ Anormalité ⇒ si la reperfusion est incomplète ou très lente</li> <br/> <li>▪ Normalement ils ne sont pas palpables</li> <li>▪ Une adénopathie épitrochléenne peut-être secondaire à une lésion de son territoire de drainage ou peut faire partie d'une adénopathie généralisée</li> <li>▪ Si présence de ganglion, noter sa taille, sa consistance et s'il est douloureux</li> </ul> |
| <b>Membres inférieurs</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inspection de façon bilatérale, en même temps, de l'aîne aux peids             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coloration, symétrie</li> <li>○ Distension veines ?</li> <li>○ Température, texture de la peau, distribution des poils</li> <li>○ Questionnaire : changement de coloration des pieds par temps froids</li> </ul> </li> <li>▪ Palpation bilatérale             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aîne ⇒ ganglion ?</li> <li>○ Pouls inguinal en appuyant profondément</li> </ul> </li> <li>▪ Œdème             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mesure ⇒ gallon</li> <li>○ Coloration                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blanc, dur, sans godet</li> <li>▪ Bleuté, violacé</li> </ul> </li> <li>○ Garde le godet ? Comprimé les tissus sur un plan dur en partant de l'extrémité et en remontant pour localiser l'œdème</li> </ul> </li> <li>▪ Test de coloration</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Froide et blanc ⇒ problème artériel ?</li> <li>▪ Ischémie des orteilles avec pâleur intense, suivie de cyanose puis d'érythrose quand on passe du réchauffement au refroidissement</li> <br/> <li>▪ Si présence, noter la grosseur etc</li> <li>▪ Pouls artériel diminué ou absent suggère un blocage</li> <li>▪ Claudication intermittente ?</li> <br/> <li>▪ Lymphatique ?</li> <li>▪ Problème vasculaire ?</li> <li>▪ Insuffisance cardiaque droite</li> </ul>  |

## INSPECTION – PALPATION – AUSCULTATION

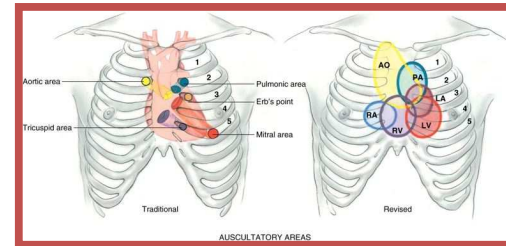
### Paroi thoracique

- Inspection
  - Forme du thorax
  - Coloration
- Palpation
  - Choc apexien situé à l'intérieur de la ligne médio-claviculaire au niveau du 5<sup>e</sup> espace intercostal gauche
- Auscultation tous les sites avec diaphragme et cupule
  - Position
    - Couchée sur le dos 30°
    - Couchée sur le côté gauche
    - Assise penché vers l'avant
  - Sites

#### Bruits

- Entendu avec le diaphragme
  - B1 est plus intense (mais pas toujours) à l'apex (5<sup>e</sup> EIC sur LMCg)
  - B2 est plus intense que B1 aux bases (2<sup>e</sup> EIC)
    - Dédoublement physiologique de B2 en inspirant profondément sites Aortique, pulmonaire ou foyer d'Erb
- Entendu avec la cupule à l'APEX position latérale gauche
  - B3 (galop ventriculaire) immédiatement après B2
    - Physiologique
      - chez les jeunes de moins de 30 ans
      - Femme enceinte dernier trimestre de grossesse
    - Pathologique
      - Pathologie aigue dans l'insuffisance cardiaque aigue OAP
  - B4 (galop auriculaire) Précède le B1
    - Pathologique chronique associant une fibrose myocardique
- Bruits anormaux
  - Souffles Intesité 1 à 6
  - Clic d'ouverture

- Choc apexien couvre 2 cm
- Si plus étendu ⇒ hypertrophie ventriculaire déviation vers l'aisselle gauche



- B1 est ↑ par une tachycardie ou toute circonstance où le débit cardiaque est ↑ (exercice, anémie, hyperthyroïdie, rétrécissement mitral)
- B1 est ↓ Bloc Av du 1<sup>er</sup> degré, insuffisance mitrale et insuffisance cardiaque
- B1 peut être normalement dédoublé ⇒ foyer tricuspïdien
- B3 physiologique
  - Dynamise muscle cardiaque ⇒ vibration
- B3 Pathologique
  - Brusque vibration d'un ventricule dilaté
- B4 Pathologique
  - Brusque vibration d'un ventricule rigide