SEMIOLOGIE EN CARDIOLOGIE

I / LES DOULEURS DE POITRINE

1) causes

- Cardiovasculaires :
  - insuffisance coronaire : angor / infarctus
  - dissection aortique
  - crise fissuaire d'un anévrisme aortique
  - péricardite
  - embolie pulmonaire
  - certains tbls du rythme

- Respiratoires
  - pneumothorax
  - pleurésie liquidienne
  - pneumopathie aiguë
  - trachéobronchite

- Oesophagiennes
  - hernie hiatale
  - reflux gastrooesophagien
  - spasme oesophagien

- Médiastinale
  - tumeur di médiastin
  - médiastinite

- Pariétale
  - névralgie intercostale
  - zona intercostale ,
  - rhumatisme (épaule, côtes, rachis)

- Abdominale
  - colique hépatique
  - pancréatite
  - ulcère gastroduodénal

- Anorganique

2)Étiologie de la douleur de poitrine

- **a) Interrogatoire: caractère de la douleur:**

  - type / intensité / siège / irradiation / circonstances déclenchantes / durée / facteurs accentuant et atténuant la souffrance
  - ATCD
  - Facteurs de Risques vasculaire

RQ : les douleurs de poitrine surviennent au cours de la + part des des maladies cardiaque mais plus particulièrement , elles signent :

- **maladies coronaires** : Angine de poitrine
  => douleur provoquée par une ischémie myocardique, csq d'un rétrécissement athéromateux ou un spasme artériel
- **péricardite :**
- **dissection aortique**
- **embolie pulmonaire**

- **b) douleur de poitrine d'origine cardiovasculaire diffèrent:**

  - douleur d'origine **pariétale** : liée au mouvement, reproduites par la palpation
  - douleur de cause **respiratoire** : latéralisées, favorisées par les mouvements respiratoires : diag => rxp
  - douleurs anorganiques, **atypiques** : picotement localisé sous le sein gauche, brefs / prolongé => anxiété

3)Examens complémentaires

- rxp
- examens sanguins: ASAT, ALAT, CPK, Gaz du sang artériel
- selon les cas:
  - échographie cardiaque
  - ECG d'effort
  - ECG des 24 H ou Holter
  - scintigraphie myocardique
  - scanner thoracique
  - angiographie pulmonaire / artériographie ou coronographie

Caractère de la douleur	***Insuffisance coronaire***	***Dissection aortique***	***Péricardite aiguë***	***Embolie pulmonaire***
Type	Constriction / brûlure	Déchirure / pseudoanginaeux	Pesanteur pseudoanginaeux	Point de coté
Siège	Rétrosternal Médian	Rétrosternal Médian	Rétrosternal Médian	Latéralisé
Étendue	Étalée	Étalée	Étalée	Localisée
Irradiation	Épaule , bras, cou mâchoire, abdomen	Épaule, dos , lombes	Épaule, bras, cou, abdomen	Épaule homolatérale, dos
Intensité	Variable, angoissante	Variable,angoissante	Variable,angoissante	Variable,angoissante
Durée	- qq min : un Angor stable - de 30 min; Sd de menace - qq H : infarctus	Qq H	Qq H à pls jours	Qq min à pls H
Caractères très évocateurs	- lien à l'effort - nitrosensibilité	Douleur migrant vers le dos puis les lombes	- Douleur ↗ l'inspiration profonde - position antalgique penché en avant	- Douleur variable avec les mouv. Respiratoire - polypnée superficielle associée quasi constantes
Éléments associés à rechercher	- ATCD coronarien - notion d'Angor à l'effort - FDR : tabac, diab, hyperlipidémie	- HTA - anomalie du pouls	- infection virale récente ou en évolution	- phlébite - facteur favorisants: alitement intervention chir récente

4)Rôle IDE devant une douleur de poitrine

- Écarté une grande urgence vitale
- prendre le pouls => tbls du rythme
- prendre la TA dont la baisse fait craindre un collapsus
- alerter le médecin
- enregistrer un ECG car signes de grande valeur diagnostique peuvent être présents que pdt la douleur :
  => tbls du rythme / modification de la repolarisation

ᘓparallèlement rassurer le patient et préciser les caractères de la douleur par l'interrogatoire
ᘓaprès enregistrement de l'ECG, donner des dérivés nitrés sublinguaux, si disparition de la douleur => Angor
ᘓconstatation d'altération ECG pdt la douleur doit conduire à réenregistrer un tracé près l'arret de la douleur pour éviter l'évolution de ces anomalies

II / MALAISES BREFS

1)Symptômes

- sensation de perte de connaissance imminente
- instabilité,
- faux vertige
- vide intérieur
- perte de connaissance vraie ne dure pas plus de 15 min
- malaise plus long => cause neurologique

2) Causes des malaises brefs

- le déroulement du malaise permet d'en connaître la cause

a) **SYNCOPE**

- a.1) syncope vasculaire (60%)
  - syncope vasovagale (malaise vagal)
  - syncope reflexe: miction, toux, déglutition, défécation, rotation du cou, douleur aiguë
  - hypotension orthostatique

- a.2) Syncope cardiaque
  - tbls du rythme : tachycardie / fibrillation ventriculaire
  - tbls de conduction : bloc auriculoventriculaire / dysfonction sinusale
  - autres causes cardiaques: insuffisance coronaire / infarctus / embolie pulm / rétrécissement aortique / myocardiopathie hypertrophique / tumeur du coeur / tétralogie de Fallot

- a.3) Autres Syncopes
  - métaboliques : hypoxie, hypocalcémie
  - toxiques: alcoolisme aigu / intoxication CO / toxicomanie / sevrage / Over dose

b) Autres causes de malaises brefs
- Neurologiques : épilepsie / accident ischémique cérébral / hystérie / spasmophilie
- métabolique : tétanie / hypoglycémie
- syndrome hémorragique et anémie sévère

3)Observation du malaise

- Ce qui a précédé le malaise
  - peur / émotion / prise de sang / station debout prolongée et atmosphère confiné => malaise vagal
  - toux : ictus laryngé
  - miction : syncope de la miction
  - déglutition : névralgie glossopharyngien / diverticule pharyngien
  - rotation du cou : insuffisance vertébraux / hypersensibilité sinocarotidienne
  - lever: hypotension orthostatique => mauvaise adaptation du tonus vasculaire
  - effort : rétrécissement aortique, myocardiopathie obstructive, angor syncopal

- début du malaise
  - aura sensitive, motrice,
  - perte de connaissance brutale et sans prodrome avec chute trauma (syncope cardiaque, mal épileptique)
  - chute théâtrale dans l'hystérie
  - faux vertige, tête vide, vision floue

- pendant le malaise
  - perte de connaissance
  - hypotonie
  - morsure de la langue ou perte d'urine

4)Rôle IDE devant un malaise

- allonger le patient
- assurer la liberté des voies aériennes
- prendre le pouls fémoral et/ou carotidien

- **Pouls est abs : ⇳ circulatoire**
  - délivrer un choc électrique (300 joules)
  - alerter 2 autres membres de l'équipe dont un médecin
  - apporter le Chariot d'Urgence
  - en cas d'echec du choc électrique
    - débuter un massage cardiaque externe,
    - respiration artificielle,
    - mise ne place d'une voie veineuse pour perf de bicarbonate et injection médicamenteuse
  - enregistrer un ECG dès que possible

- **Pouls est lent < 40 mvts/ min, le malade est ics => tbls de la conduction**
  - donner un cou de poing dans la poitrine
  - en cas d'echec : 2 autre mb de l'équipe + chariot d'urgence => manoeuvre de réssucitation
  - ECG

- **Pouls est lent < 60 / min le malade est cs : Prendre la TA**
  - TA ↘ syncope vagale ou réflexe probable
    - surélever les mb inf
    - appeler le médecin
    - ECG
    - éventuellement PM : injection d'atropine
  - TA nle ou ↗ : tbls de la conduction
    - alerter le médecin
    - ECG
    - donner un coup de poing dans la poitrine si le diagnostic est confirmé
    - mettre en place une voie veineuse

- **Pouls est très rapide > 140 / min: tachycardie**
  - malade est ics : procéder en cas d'arrêt circulatoire
  - malade est cs:
    - rechercher des signes de mauvaise tolérance : dyspnée / cyanose / marbrures / pâleur / sueurs / chute tensionnelle => Urgence
    - alerter le médecin
    - ECG
    - voie veineuse => injection d'anti-arythmique sur PM

- **Pouls est nl ou modérément accéléré : pas de tbls du rythme**
  - prendre la TA (basse et pincée dans le Sd hémorragique
  - alerter le médecin
  - glycémie capillaire
  - ECG

5)<u>après le perte de cs</u>

- retour immédiat à la cs dans le malise cardiaque (perte de connaissance à l'emporte pièce)
- respiration stertoreuse et obnubilation (épilepsie)
- impression de malaise persiste (syncope vasculaire)

6)<u>Bilan après malaise</u>

- <u>examen clinique + ECG</u>

- <u>examens biologiques</u>
  - alcoolémie
  - glycémie
  - ionogramme sanguin :
    - - créatinémie=> désordre de la Kaliémie ou de la calcémie => favorisent les tbls du rythme
    - et hypocalcémie provoque des crises de tétanie
    - hémogramme => anémie
    - gaz du sg artériel : hypoxie => embolie pulm
    - enzymes cardiaque => infarctus

  - <u>examens complémentaires</u>
    - Holter
    - ECG percritique ambulatoire
    - exploration électrophysique par cathétérisme cardiaque
    - EEG
    - Scan cérébral
    - écho-Doppler des artère cervicales, voir artériographie

III / LES PALPITATIONS

Def : sensation de battements cardiaques rapides et/ou irréguliers, les palpitations peuvent être dues à un tbls du rythme mais aussi à une simple accélération du rythme normal (notamment lors d'une anémie, d'une hyperthyroïdie, d'une fièvre, à l'occasion d'un éffort, d'une émotion ou d'un stress)

1)Diagnostic

- pouls
- ECG pdt palpitations car en dehors il est nle
- Holter
- ECG d'effort
- ECG percritique
- cathétérisme cardiaque

2)Rôle IDE devant un accès de palpitations

- étudier le rythme cardiaque par auscultation ou scope : fréquence / régularité
- chercher des signes de mauvaise tolérance : pouls mal frappé
  TA ↘
  Dyspnée
  Marbrures

- Alerter le médecin (Urgence)
- ECG => recherche tbls du rythme (D2 et V1)

IV / DYSPNEE

Def : **Gêne respiratoire**

- dyspnée d'origine cardiaque (par insuffisance cardiaque) est une polypnée càd: respiration superficielle et rapide
- l'auscultation pulmonaire révèle des râles crépitant au deux bases pulmonaires (bruit dans la neige)
- rarement dyspnée inspiratoire, sifflante (asthme cardiaque)

1)<u>dyspnée d'origine pulmonaire</u>

- dyspnée est due à un **<u>oedème pulmonaire</u>**
- càd: infiltration de liquide séreux d'origine plasmatique dans la membrane alvéolaire et dans les alvéoles pulmonaires.
- Cet oedème est la csq de l'augmentation de la pression dans les capillaires pulmonaires en amont du coeur gauche
- => il gêne les échange d'O2 entre les alvéoles pulmonaires et le sang ce qui entraîne une hypoxie du sg artériel.
- À la rxp : opacités des 2 champs pulmonaires

2)<u>dyspnée d'origine cardiaque</u>

- liée à l'effort : ↗ pdt l'effort et disparaît à l arrêt de l'effort
- gravité de l'insuffisance cardiaque en 4 classes:
  - classe I : pas de dyspnée
  - classe II : dyspnée d'efforts inhabituels mais qui n'entraîne pas de gêne chez un sujet nle
  - classe III : dyspnée dans la vie courante
  - classe IV :dyspnée au moindre effort, voire spontanée

- Dyspnée spontanée: - amélioré par la position ½ assise _ Orthopnée chiffrée par le nb d'oreillers
  - aggravée par le décubitus /

3)<u>Diagnostic de l'origine cardiaque de la dyspnée</u>

cliniques
ECG
rxthorax face / profil
biologiques

4)<u>Rôle IDE</u>

a) recherche d'une gravité témoignant d'une <u>détresse respiratoire</u> (= grde urgence vitale)
- Tbls de la cs
- Cyanose, pâleur, marbrures
- Sueurs
- Tachypnée ou bradypnée extrême

b) Pouls => tbls du rythme
c) TA => collapsus ?
d) FR (nle 14 à 18 mvts/min)
e) allerter le médecin
d) assurer la liberté des voies aériennes (aspirer si besoin)
f) ECG
g) sauf en cas d'extrême urgence l'oxygénothérapie n'est débutée qu 'après analyse des gaz du sg pour gazométrie
h) Rxp
i) ne pas allonger le patient
j) ne pas administrer un sédatif

RQ : parfois compléter : échographie Doppler cardiaque / cathétérisme / angiographie

---

V / LES DOULEURS UNILATERALES DES MEMBRES INFERIEURS

1)<u>Causes vasculaires de douleurs unilatérales de jambes</u>

- phlébite surale par thrombose veineuse
- ischémie aiguë d'un membre inférieur par occlusion artérielle brutale (embolie ou thrombose artérielle)
- artérite des mb inf par artériosclérose

RQ : dans l'artérite des mb inf, la douleur réalise typiquement la claudication intermittente :

- la douleur du mollet survient à la marche
- impose l'arrêt et disparaît ensuite en qq instants.

- Ces caractère la distingue des douleur rhumatismale
  : liée au mvt ou prédominant au dérouillage, ou d'horaire inflammatoire
- la douleur apparaît d'abord pour des efforts assez longs, mais avec l'évolution et l'artériosclérose
- elle survient dans la vie courante voire spontanément et peut s'accompagner de tbls trophiques évoluant vers la gangrène.

Caractères des douleurs unilatérales de jambe d'origine vasculaire			
	Phlébite surale	***Ischémie aiguë***	***Artérite chronique***
Mécanisme	Occlusion veineuse par thrombose	Occlusion artérielle par thrombose ou embolie	Sténose artérielle par lésion athéromateuse
Mode de début	Aigu	Aigu	Progressif
Circonstances du diagnostic	Cardiaque alité, opéré récent	Cardiopathie emboligène anévrisme artériel artérite connue	ATCD de claudication intermittente du mollet
Aspect du mb:			
- couleur	Normale ou pâle	Livide voire marbrée	Pâle
- gonflement	oui	non	non
- température	chaud	froid	froid
- tbls trophiques (gangrène)	non	non au début	oui

VI / OEDEMES DES MEMBRES INFERIEURS

ᴝ**Def :infiltration du tissu interstitiel par un liquide séreux.**

ᴝIls peuvent être dus à une augmentation de la pression dans les veines et/ou les lymphatiques qui drainent la région concernée

ᴝou à une diminution du pouvoir osmotique du plasma par hypoprotidémie

ᴝou encore à des modifications de la perméabilité capillaire (par exemple, inflammation au cours d'une dermite infectieuse)

=> il en résulte un gonflement du mb inf discret et localisé en arrière des malléoles mais parfois très volumineux.
=> l'oedème est mou lorsque son installation est récente, il conserve l'empreinte du doigts (signe du godet).

Eléments du Diagnostic étiologique des oedèmes des membres inf

Affection causale	***Caractères des oedèmes des membres inférieurs***				***Signes associés***
	Siège	***Couleur***	***Température***	***douleur***	
Phlébite	Unilatérale	Blanc	Chaud	Présence	Fébricule, signe de Homans
Dermite infectieuse	Unilatérale	Rouge	Chaud	Inconstante	Fièvre, porte d'entrée
Compression profonde	Uni ou bilatérale	Blanc	Froid	Absente	Tumeur abdominopelvienne
Cirrhose hépatique	Bilatérale	Blanc	Froid	Absente	Gros foie dur indolore
Hypoprotidémie et/ou glomérulonéphrite	Bilatérale	Blanc	Froid	Absente	Diarrhée chronique ou protéinurie
Insuffisance cardiaque	Bilatérale	Blanc	Froid	Absente	Autre signes d'insuffisance cardiaque droite

---

VII/ FIEVRE CHEZ UN CARDIAQUE

ᴝ**Endocardite infectieuse:**

ᴝaffection grave qui nécéssite un ttt ATB intraveineux prolongé et dont la mortalité reste élevée
ᴝfaire des Hémoculture avt toute ATBiothérapie