

# ***SEMILOGIE FONCTIONNELLE CARDIAQUE***

**Pr Xavier Girerd**

*Unité de Prévention des Maladies Cardiovasculaires  
Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université  
Paris, France*

**Pr Franck Boccara  
Cardiologie, INSERM UMRS938  
CHU et CDR St Antoine, Sorbonne Universités, Paris**

# Objectifs

---

- ▶ **Savoir interroger**

- ▶ Historique
- ▶ Antécédents - Facteurs de risque CDV
- ▶ Les grands symptômes du cardiaque

- ▶ **Savoir examiner**

- ▶ Examen général
- ▶ Examen vasculaire

# I. Anamnèse

---

- ▶ A. Plainte motivant l'examen
  - ▶ Mode d'apparition
  - ▶ Durée
  - ▶ Sévérité des symptômes
  - ▶ Evolution dans le temps
  - ▶ Impact sur la capacité fonctionnelle

# Observation médicale

**Motif d'hospitalisation**

**Antécédents chirurgicaux**

**Antécédents médicaux**

**Facteurs de risque CV**

**Traitement à l'arrivée**

**Mode de vie**

**Histoire de la maladie**

**Examen clinique**

**Examens  
complémentaires**

**Conclusion**

# Interrogatoire

## Motifs de consultation en cardiologie

- Douleur thoracique, angor (cardiopathie ischémique, dissection aorte, EP, péricardite)
- Dyspnée, Asthénie (insuffisance cardiaque, EP)
- Palpitations, tachycardie (arythmies, EP)
- Syncopes/malaise/Lipothymies (arythmies, EP)
- Douleurs aux membres inférieurs (AOMI, arythmies, phlébite)
- Œdèmes (insuffisance cardiaque, HTA)
- Céphalées, acouphènes, pseudo-vertiges, épistaxis, chaleur visage (HTA)

# Interrogatoire

## Antécédents familiaux d'intérêt en cardiologie

- Père, Mère, Fratrie
- Type de maladie cardiaque avec âge de début et âge du décès
- Coronaropathie et Mort subite
  - avant 55 ans chez un homme
  - avant 65 ans chez une femme
- HTA avant 50 ans
- MVT avant 40 ans

# Facteurs de risque cardiovasculaires les plus pertinents

- **Age** : > 50 ans chez homme > 60 ans chez la femme
- **Antécédent familial (Infarctus du myocarde ou mort subite)**
  - avant l'âge de 55 ans chez le Père
  - avant l'âge de 65 ans chez la Mère
- **Tabagisme actuel (par jour) ou arrêté depuis moins de 12 ans**
- **Hypertension Artérielle**
- **Diabète**
- **Dyslipidémie**
- **Obésité abdominale (gros ventre)**
  - >102 cm (homme)
  - > 92 cm (femme)
- **Facteur « protecteur »**
  - HDL-cholestérol supérieur ou égal à 0,60 g/l (1,5 mmol/l)

# Interrogatoire

## Mode de vie

- Activité professionnelle, recherche emploi, retraite, vie personnelle
- Activité physique sportive (type, fréquence, intensité)
- Addictions (alcool, café, tabac, drogue)
- Habitudes alimentaires (gras, salé, sucré, traditions)



# Interrogatoire

## Traitements médicamenteux

- Obtenir les ordonnances : du MG et de tous les spécialistes
- Evaluer l'observance/adhérence

Questionnement « bienveillant »

Questionnaire de Girerd (recherche des causes d'inobservance)

# Questionnaire de Girerd ®

usage recommandé par l'HAS et l'Assurance Maladie

## ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42*

### Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,** il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,** il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,** il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.



# Douleur thoracique

(cardiopathie ischémique, dissection aorte, embolie pulmonaire, péricardite)

- **Douleur thoracique = douleur angineuse = angor**
  - **= angine de poitrine**

- **Caractéristiques d'une douleur d'origine cardiaque**

- **Médiosthoracique**

- **Constrictive (en étau)**

- **Irradiant au(x) bras, au cou, à la mâchoire**

- **Survient à l'effort, au froid**

- **Cesse à l'arrêt de l'effort ou après Trinitrine (TNT)**

- **Prolongée (infarctus, dissection = urgence +++)**



- **Formes trompeuses :**

- **Au repos, troubles « digestif »**

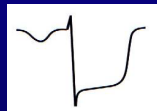
- **Chez la Femme :** fatigue inhabituelle qui s'aggrave à l'effort lors de l'activité;
- essoufflement; gastralgies, nausées et/ou des vomissements; anxiété;

# Douleur thoracique

(cardiopathie ischémique, dissection aorte, embolie pulmonaire)

- Ne pas suggérer au patient les signes et lui laisser décrire ce qu'il ressent

- **Douleur thoracique prolongée  
= gravité = prise en charge  
immédiate**



ECG de repos +++

Troponine T

Difficulté diagnostique pour la dissection et l'EP

Avis spécialiste,  
Transport SAMU= risque de mort subite

## **Douleurs thoraciques - Péricardite**

**Douleur typique**  
**(atypies fréquentes)**

**Localisée**  
**Augmentée à l'inspiration**  
**Calmée par l'antéflexion**

**Contexte clinique**

**Sujet jeune**

**Examen**

**Contexte viral ou post vaccinal, frottement péricardique**

**ECG**

**Troubles diffus concord., repol, microvoltage, PQ**

**RP**

**Normale (élargissement cœur)**

**Troponine T**

**Normales**

**Échocardiographie**

**Normale, épanchement**

**Clé du diagnostic**

**Échocardiographie**

## **Douleurs thoraciques - Embolie pulmonaire**

<b>Douleur typique</b> <b>(atypies fréquentes)</b>	<b>Brutale</b> <b>Basithoracique</b> <b>Unilatérale</b> <b>Dyspnée associée</b>
<b>Contexte clinique</b>	<b>Alitement, chirurgie, thrombophlébite</b>
<b>Examen</b>	<b>Polypnée, dyspnée, signe de phlébite</b>
<b>ECG</b>	<b>Tachycardie, BBDt, SIQ3</b>
<b>RP</b>	<b>Normale</b>
<b>D-Dimère</b>	<b>Intérêt en cas de normalité pour éliminer le diagnostic</b>
<b>Échocardiographie</b>	<b>Normale ou cœur droit</b>
<b>Clé du diagnostic</b>	<b>Scintigraphie pulmonaire, Scanner spiralé</b>

## **Douleurs thoraciques - Dissection aortique**

<b>Douleur typique</b>  <b>(atypies fréquentes)</b>	<b>Brutale</b> <b>Irradiation dos</b> <b>Migration descend., intense</b>
<b>Contexte clinique</b>	<b>HTA, FDRCV, Maladie de Marfan</b>
<b>Examen</b>	<b>Asymétrie tensionnelle, asymétrie des pouls</b> <b>Souffle d'insuffisance aortique</b>
<b>ECG</b>	<b>Normal</b>
<b>RP</b>	<b>Élargissement médiastin</b>
<b>CPK/troponine</b>	<b>Normales</b>
<b>Échocardiographie</b>	<b>Dissection, fuite aortique</b>
<b>Clé du diagnostic</b>	<b>Scanner/ETO/IRM</b>

## Douleurs thoraciques – Infarctus du myocarde

**Douleur typique**

**(atypies fréquentes)**

**Rétrosternale**

**Constrictive**

**Irradiations**

**Continue, prolongée, spontanée**

**TNT-**

**Contexte clinique**

**Tabac, dyslipidémie**

**Examen**

**↓PA, signes digestifs, fièvre décalée**

**ECG**

**↑ST, Onde de Pardee, onde Q (inconstante)**

**↓ST, T<0, pas d'onde Q (IDM non Q)**

**RP**

**Normale (sauf complications)**

**Troponine T**

**Élévation**

**Échocardiographie**

**Anormale (akinésie segmentaire)**

**Clé du diagnostic**

**ECG +++**



## Douleurs thoraciques – Infarctus du myocarde

	<b>Angor effort stable</b>	<b>IDM</b>
<b>Douleur typique</b>  <b>(atypies fréquentes)</b>	Rétro sternale Constrictive Irradiations Liée à l'effort TNT +	Rétro sternale Constrictive Irradiations Continue, prolongée, <i>spontanée</i> TNT-
<b>Contexte clinique</b>	FDR	FDR
<b>Examen</b>	Normal	↓PA, signes trompeurs, fièvre décalée
<b>ECG</b>	Per-critique ↓ST Inter-critique nle	↑ST, Onde de Pardee, onde Q (inconstante) ↓ST, T<0, pas d'onde Q (IDM non Q)
<b>RP</b>	Normale	Normale (sauf complications)
<b>CPK/troponine</b>	Normales	Elevées
<b>Échocardiographie</b>	Normale	Anormale (akinésie segmentaire)
<b>Clé du diagnostic</b>	ECG per-critique Test d'ischémie	ECG

# Douleurs thoraciques non cardiovasculaires

---

## ▶ Algies précordiales d'origine nerveuse

- ▶ Extrêmement fréquentes: motif ++ de consultation
- ▶ Localisation variable, souvent punctiformes
- ▶ Si irradiation, sensation d'engourdissement ou de fourmillement
- ▶ Contexte neurotonique, sujet angoissé
- ▶ Pas de relation avec l'effort
- ▶ Parfois très anciennes, durée très variable

## ▶ Douleurs cervico-brachiales

- ▶ Non influencées par la marche, déclenchées par un mouvement de la tête ou du bras
- ▶ En rapport avec une pathologie vertébrale ou une périarthrite scapulo-humérale
- ▶ Parfois distribution tronculaire ou radiculaire

# Douleurs thoraciques non cardiovasculaires

---

- ▶ Douleurs pariétales
  - ▶ Douleurs latéro-thoraciques, souvent majorées à la palpation
  - ▶ Augmentées à l'inspiration profonde: rechercher une pathologie pleuro-pulmonaire (contexte fébrile, toux, altération de l'état général)
  - ▶ Parfois en hémiceinture, uni latérales (Ex: Zona, pathologie vertébrale dorsale) ou bilatérales (pathologie vertébrale dorsale)
  - ▶ Syndrome de Tietz: douleurs para-sternales, accentuées par la palpation des articulations chondro-sternales
- ▶ Douleurs d'origine digestive et hépatique
  - ▶ Les douleurs d'origine biliaire, gastrique ou pancréatique peuvent irradier dans le thorax

# Dyspnée, Asthénie (insuffisance cardiaque, EP)



## Œdèmes (insuffisance cardiaque, HTA)

	<b>Insuffisance cardiaque</b>	<b>Pneumopathie</b>	<b>Sd pleural</b>	<b>BPCO</b>	<b>EP</b>
Type/ circonstances	effort (stade NYHA) paroxystique	spontanée	spontanée	permanente	spontanée
Signes associés	OMI cardiopathie néphropathie	Sd fébrile sinusite contexte	douleur ↑ resp irradiation épaule contexte	toux expectoration contexte	douleur basithorac. unilatérale TVP thrombophilie

# Classification de la dyspnée NYHA

<b>Stade I</b>	Asymptomatique, pas de limitation de l'activité physique
<b>Stade II</b>	Asymptomatique au repos, dyspnée modérée pour les efforts importants
<b>Stade III</b>	Symptômes minimes au repos, dyspnée pour les efforts de la vie quotidienne
<b>Stade IV</b>	Dyspnée de repos s'aggravant au moindre effort

**Palpitations, tachycardie (arythmies, EP)  
Syncope/malaise/Lipothymies (arythmies, EP)**

- **Ne pas banaliser si le patient ne se plaint plus de rien,  
car risque est élevé de récurrence**

- **syncope = gravité = prise en charge spécialisée**

**ECG de repos pour éliminer un trouble du rythme ou de conduction**

**Toujours évoquer l'EP lorsque le diagnostic ne s'impose pas**

**Avis du spécialiste,  
Transport accompagné = interdire la conduite**

# Syncope : étiologie

---

- ▶ **Causes vasculaires :**
  - ▶ hypotension orthostatique
  - ▶ syncope vaso-vagale
  - ▶ Hypersensibilité des sinus carotidiens
  - ▶ Insuffisance vertébro-basillaire
  
- ▶ **Causes cardiaques = syncope de Stoke-Adams**
  - ▶ troubles du rythme – troubles de conduction
  - ▶ obstacle à l'éjection cardiaque
  - ▶ trouble du remplissage
  
- ▶ **Causes neurologiques : épilepsie**
  
- ▶ **Causes métaboliques**
  - ▶ hypoglycémie
  - ▶ hypocalcémie
  
- ▶ **Causes psychiatriques**
  
- ▶ **Causes toxiques**

▶ **Syncope vaso-vagale:**

- ▶ Cause la plus fréquente de syncope
- ▶ Dysfonctionnement temporaire du SNA
- ▶ Début souvent progressif, prodromes (malaise général, nausée, bourdonnement d'oreilles, sueurs)
- ▶ Circonstances favorisantes: atmosphère confinée, surchauffée, période post-prandiale, émotion
- ▶ Souvent le patient entend ce qui se passe sans pouvoir réagir (PC incomplète)
- ▶ Retour à la normale progressif avec parfois vomissements et asthénie marquée.
- ▶ Bénignes, mais parfois gênantes par leur fréquence

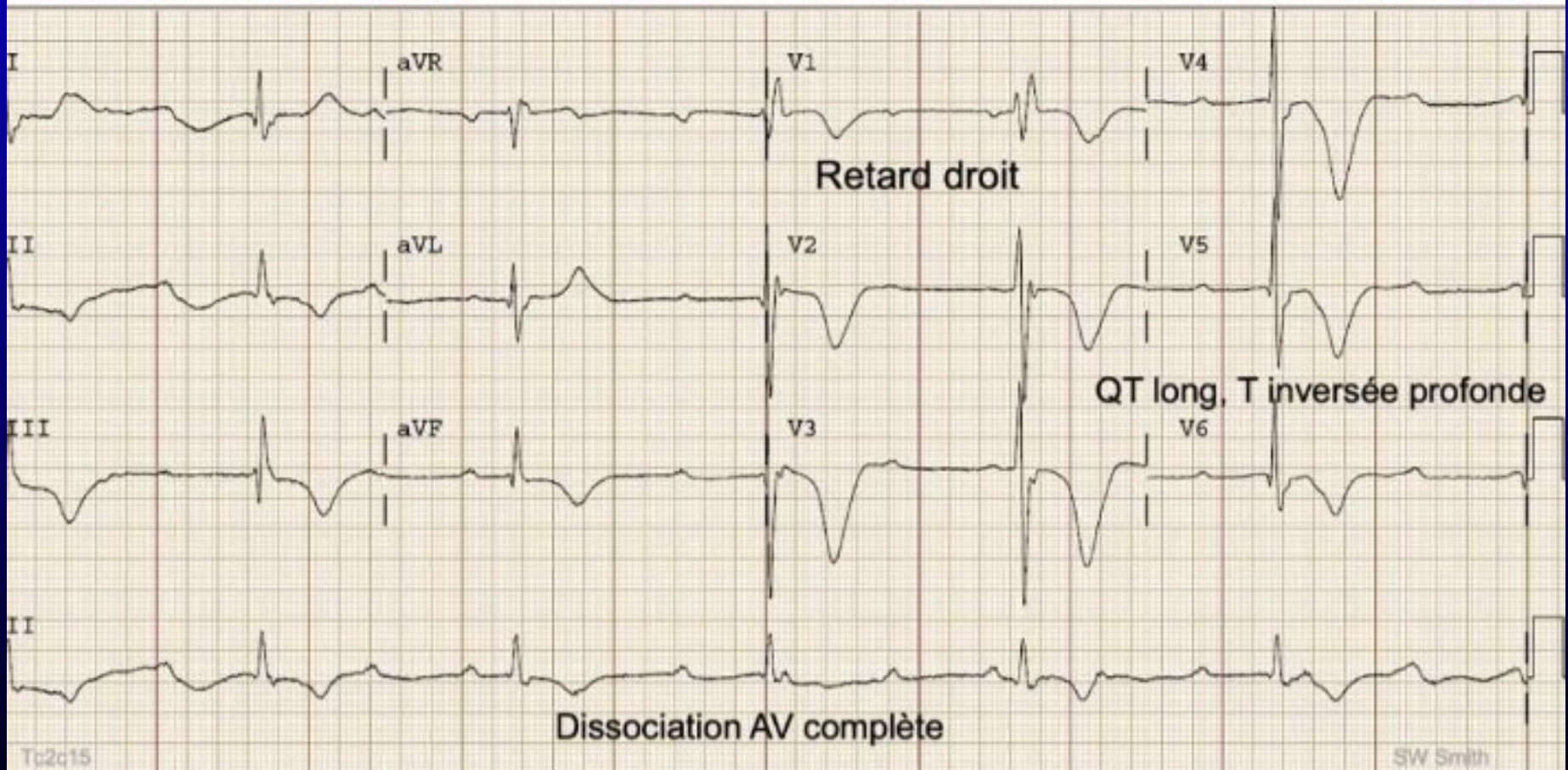
▶ **Syncope de Stoke-Adams**

- ▶ Début brutal, sans prodrome et sans facteur déclenchant
- ▶ Chute systématique, risque de traumatisme
- ▶ Parfois, quelques mouvements convulsifs
- ▶ PC brève, retour à la conscience rapide: « syncope à l'emporte-pièce »
- ▶ Rechercher une étiologie cardiaque ++++



# Reconnaître un BAV III

BAV III avec syncope type « Adams Stokes » (bloc infranodal)



# Syncope lié à un BAV

BAV = Urgence = SAMU

- ▣ Si signes de mauvaises tolérance (hypotension, collapsus, insuffisance cardiaque) ou bradycardie  $< 40/\text{min}$  : objectif FC  $> 80/\text{mn}$
- **ATROPINE** : 0,5 à 1 mg IVD, renouvelable toutes les 3 à 5 minutes (max 3 mg). Contre indications : QT allongés (risque de torsade de pointe), allergie, glaucome par fermeture de l'angle, adénome de prostate
- **ISUPREL** : 5 ampoules dans 250 ml de G5, pochon à l'abri de la lumière (sinon vire au marron), si échec ou contre indications à l'Atropine. Alternative : seringue électrique 0,05 à 0,1  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  IVCSE.
- Recherche d'une étiologie : dyskaliémie, souffrance myocardique, infection, médicaments

# Palpitations

- Perception désagréable, inconfortable des battements cardiaques
- Palpitations isolées: dans la région précordiale sensation d'un choc violent ou d'un vide pouvant durer 1 seconde, se répétant parfois en salves (extrasystoles)
- Signes associés : malaises , syncopes , lipothymies

# Palpitations

## Tachycardie sinusale

## Tachycardie jonctionnelle

<b>Début</b>	<b>Progressif</b>	<b>Brutal</b>
<b>Fin</b>	<b>Progressive</b>	<b>Brusque, Polyurie</b>
<b>Circonstances</b>	<b>Émotions, stress</b>	<b>Variables</b>
<b>Pression artérielle</b>	<b>Fixe</b>	<b>Fixe</b>
<b>BdC</b>	<b>Fixes</b>	<b>Fixes</b>
<b>Pulsations artérielles</b>	<b>Régulières</b>	<b>Régulières</b>
<b>Argument</b>	<b>Contexte</b>	<b>Réduction par manœuvre vagale</b>
	<b>Anémie, effort, fièvre</b>	

## ECG

**P = QRS**

**P = QRS**

**P devant QRS**

**P derrière QRS**

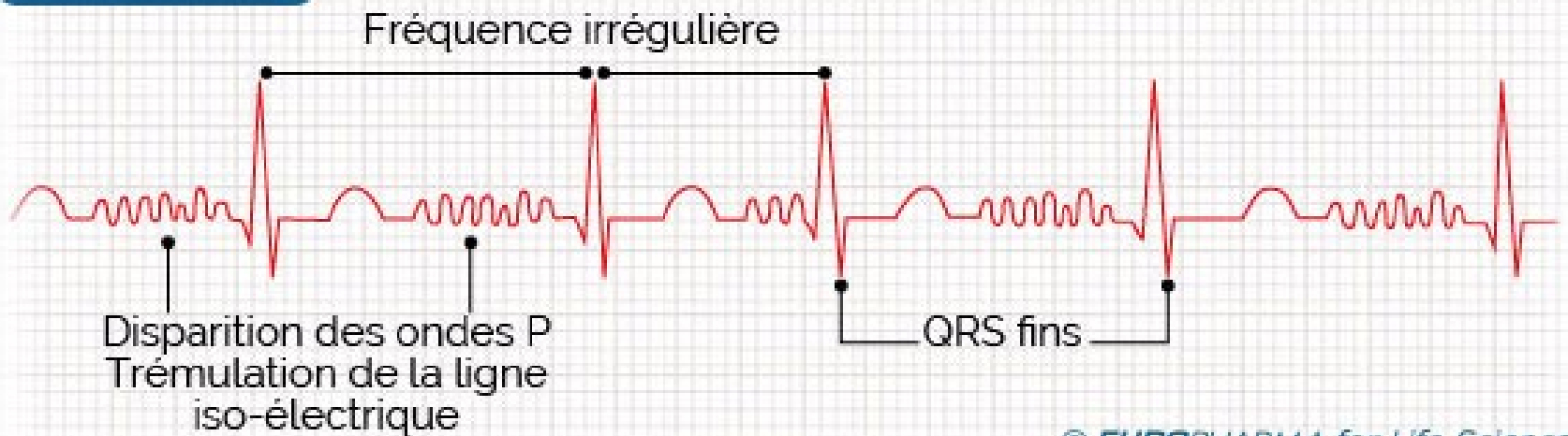
# Palpitations

	Fibrillation auriculaire	Tachycardie ventriculaire
Début	Progressif	Brutal
Fin	Progressive	Variable
Circonstances	Variables*	Ischémie myocardique IVG...
Pression artérielle	Variable	Variable
BdC	Variables	Variables
Pulsations artérielles	Irrégulières	Régulières
Argument	Irrégulière	Mal tolérée vagale
ECG	<b>P &gt; QRS</b>	<b>QRS &gt; P</b> (dissociation A-V)

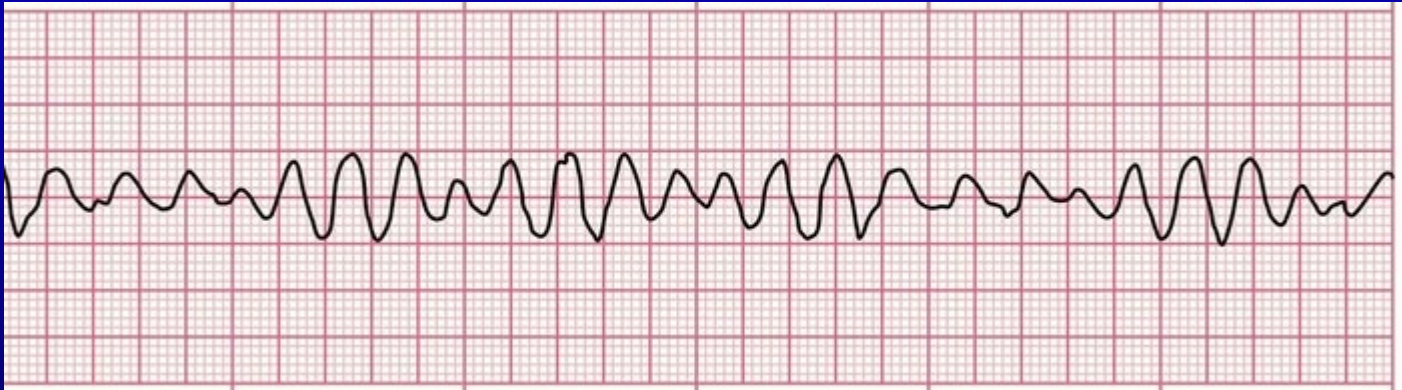
\* possibilité de déclenchement au repos (*vagal*) ou à l'effort (*catécholergique*)

# Reconnaître la Fibrillation Auriculaire

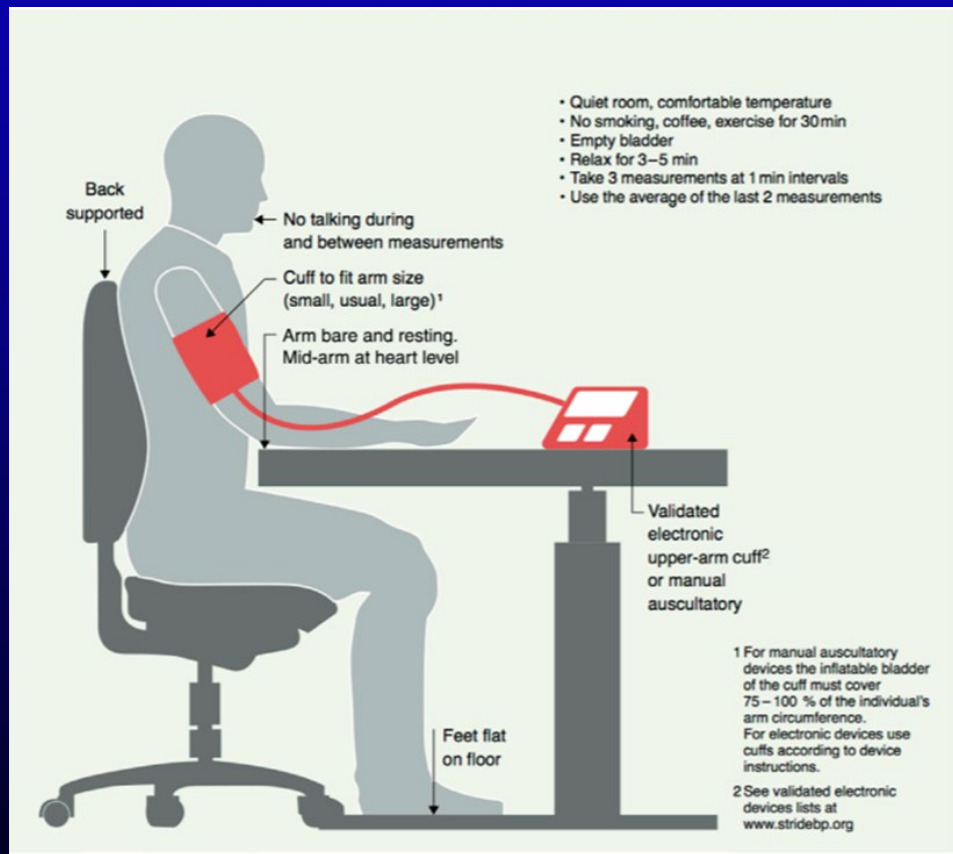
## ECG de FA



# Reconnaître la Fibrillation Ventriculaire



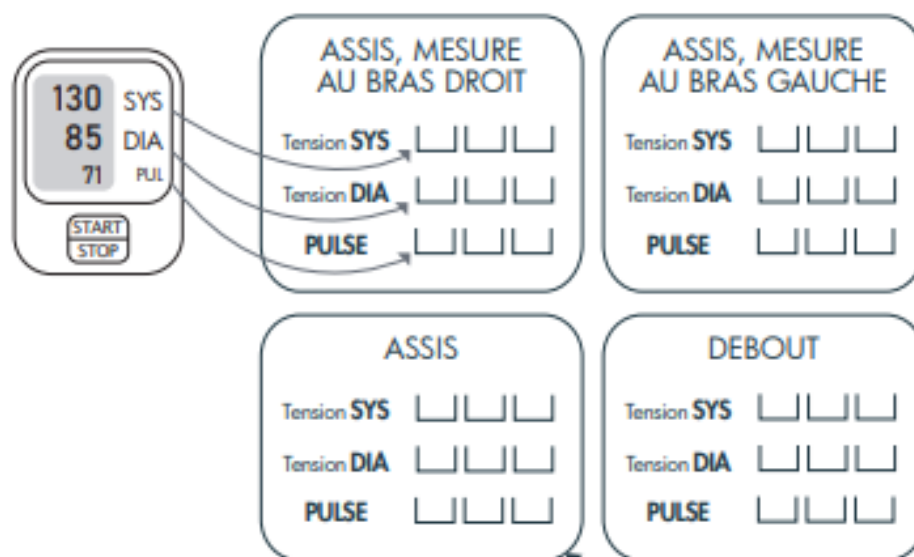
# Céphalées, acouphènes, pseudo-vertiges, épistaxis, chaleur visage (HyperTension Artérielle)





## Pendant les mesures de tension : ne pas croiser les jambes, ni parler ni fumer

- 1 Appuyer sur le bouton **START** du tensiomètre automatique.
- 2 Réaliser plusieurs mesures de la tension, dont une éventuellement debout\* :
  - à chaque changement de bras ou de position : attendre 1 minute avant de réaliser la mesure
  - à chaque mesure, reporter la totalité des chiffres inscrits sur l'écran du tensiomètre et respecter la position indiquée



- 3 **Interprétation** : regarder cette mesure

**SYS à moins de 100**

**OU**

**DIA à moins de 60**

**FAIRE AUTOMESURE  
SUR 3 JOURS**

*pour évaluer la fréquence  
de l'hypotension  
et prendre avis médical*

**SYS de 100 à 130**

**ET**

**DIA de 60 à 80**

**REFAIRE**

**autotest de la tension  
au moins 1 fois par an**

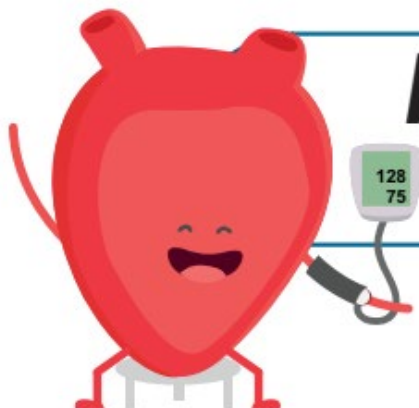
**SYS à plus de 130**

**OU**

**DIA à plus de 80**

**FAIRE AUTOMESURE  
SUR 3 JOURS**

*pour éliminer  
un « effet blouse blanche »  
et prendre avis médical*



# Mesurer et interpréter sa tension\*

## **SUIVI** HTA

*nouvelle version !*

Mesurez votre tension quand ça vous plaît !

**RÉALISEZ**

**L'AUTOTEST DE LA TENSION**

- Au moins une fois par an à partir de 30 ans
- Pour connaître votre risque de maladie cardiovasculaire

Mesurez votre tension selon les recommandations de votre médecin

**RÉALISEZ**

**L'AUTOMESURE SUR 3 JOURS**

3 mesures le matin, 3 mesures le soir pendant 3 jours de suite

L'appli gratuite qui facilite la vie du médecin et du patient



\* selon la Haute Autorité de Santé et l'Assurance Maladie

# LES PLUS DE **suivi** HTA

## pour le médecin

- Évite les pièges de la tension :
  - recherche de la tension blouse blanche
  - détection d'une tension masquée
  - confirmation d'une hypertension résistante
- Analyse le profil tensionnel
- Édite un rapport compatible avec Mon Espace Santé®

## pour le patient

- Aide au bon usage du tensiomètre automatique
- Élabore un conseil personnalisé
- Téléchargement gratuit sur [www.suivihta.net](http://www.suivihta.net)

MOYENNE DES MESURES	
Tension élevée si	SYS à plus de 135 <b>OU</b> DIA à plus de 85
Tension limite élevée si	SYS de 130 à 135 <b>OU</b> DIA de 80 à 85
Tension satisfaisante	SYS de 100 à 130 <b>ET</b> DIA de 60 à 80
Tension limite basse si	SYS de 90 à 100 <b>OU</b> DIA de 50 à 60
Tension basse si	SYS à moins de 90 <b>OU</b> DIA à moins de 50

*Interprétation des moyennes de l'automesure sur 3 jours*

# Céphalées, acouphènes, pseudo-vertiges, épistaxis, chaleur visage (HyperTension Artérielle)

## Les pièges de la tension

- *hypertension blouse blanche*
  - *hypertension masquée*
- *hypertension pseudo-résistante*

# **Douleurs aux membres inférieurs (AOMI, arythmies, phlébite)**

Douleur intenses musculaire du mollet ou de la cuisse unilatérale à type de « crampe » impose l'arrêt de la marche.

Douleur brutale = évocateur d'une embolie (Fibrillation Auriculaire)

Douleur récidivante = évocateur d'Artérite Oblitérante des Membres Inférieurs

- survenant pour une distance donnée (périmètre de marche),
- obligeant à l'arrêt et récidivant après la même distance.

# Artériopathie des membres inférieurs

## stades fonctionnels de Leriche et Fontaine

**stade 0** : pas de lésion

**stade 1** : lésion sans expression clinique

**stade 2** : ischémie fonctionnelle , claudication intermittente

légère : au delà de 300m

moyenne : entre 100 et 300m

forte : moins de 75m

**stade 3** : ischémie permanente ou de douleur de décubitus

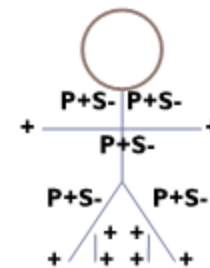
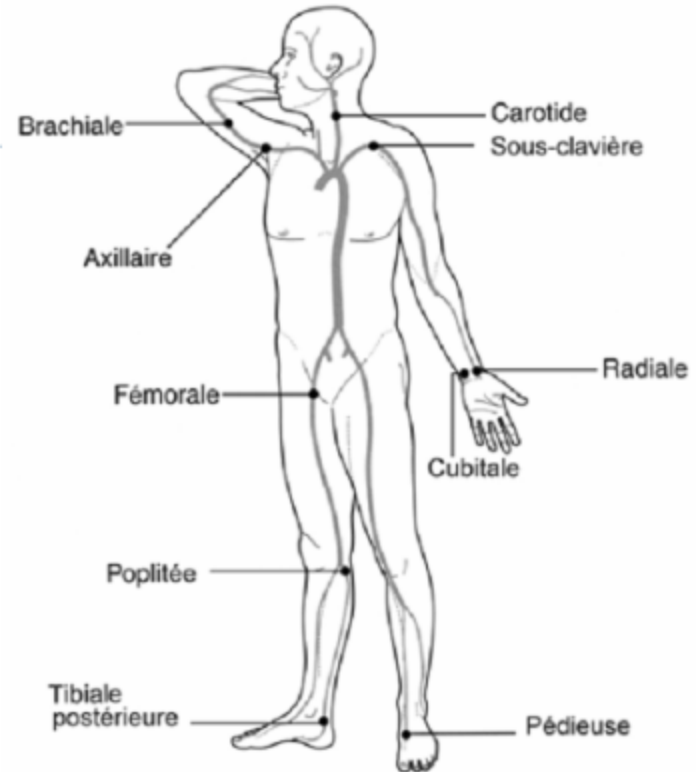
**stade 4** : troubles trophiques , gangrène ou nécrose

évolution progressive, d 'un stade à l 'autre ou en sautant un ou plusieurs stades (diabétique souvent stade 4 d'emblée)

## B. Examen artériel

### ▶ Clinique:

- ▶ Palpation/Auscultation de l'aorte abdominale au niveau épigastrique: estimation du diamètre (difficile chez le sujet obèse)
- ▶ Palpation/Auscultation des artères périphériques
  - ▶ Examen bilatéral et comparatif
  - ▶ Présence du pouls
  - ▶ Régularité du pouls
  - ▶ Amplitude (idée du volume d'éjection systolique)
  - ▶ Régularité des trajets artériels, (anévrismes), souplesse (artères rigides, en « tuyau de pipe » dans l'athéromatose)
  - ▶ Temps de recoloration cutanée (NI: 4-6 sec)
  - ▶ Signe de Buerger: pâleur de surélévation, erythrose de déclivité



# Examen artériel

---

## ▶ Recherche de troubles trophiques

- ▶ Refroidissement des extrémités
- ▶ Sécheresse de la peau
- ▶ Atteintes des phanères: dépilation, atrophie des ongles
- ▶ Ulcère artériel: perte de substance, petite taille, profond, très douloureux, rebords irréguliers, localisés aux extrémités





# Ischémie artérielle aiguë d'un membre

**diagnostic** : douleur intense, brutale, d'emblée maximale ,  
impotence fonctionnelle plus ou moins importante.

Aspect livide, sensation de membre glacé, aréflexie? cyanose dans  
les heures suivantes abolition des pouls selon la topographie

**localisation** : proximale (aorte, iliaque), fémoro-poplité le plus  
souvent, rarement distale. Rechercher les pouls .

**étiologies** : embolie artérielle ( pathologie cardiaque )  
thrombose artérielle aiguë (pathologie artérielle)

**Ischémie aiguë = urgence médico-chirurgicale**

# Pathologie artérielle des membres supérieurs

moins fréquente qu'aux MI ; troubles microcirculatoires fréquents

## syndrome de la traversée thoraco brachiale:

compression des vaisseaux sous-claviers : artère , veine , plexus brachial (C8-D1)  
par : côte cervicale, scalènes, pince costo-claviculaire, petit pectoral ...

**S.fonctionnels** : ischémie d'effort (claudic- inter) ,sensation de refroidissement  
œdème , cyanose , thrombose ( phlébite d'effort )  
gène douloureuse (cubital ) , paresthésies ( 3 derniers doigts )

**S. d 'examen** : rotation extension de la tête en inspiration forcée ( scalène ).  
attitude du soldat au « garde à vous » manœuvre de Sanders ,  
test du chandelier : membres sup en abduction , pâleur de la  
main , abolition du pouls ,  
test de Roos : bras en abduction-rot ext , ouvrir et fermer la  
main pendant 3 minutes ( synd traversée thoraco- brachiale )

# Douleurs aux membres inférieurs (AOMI, arythmies, phlébite)

## Autres diagnostics :

**Phlébite** : au repos, rougeur, oedème, signe de Homans, syncope, dyspnée (lié à une EP) contexte d'immobilisation de post chirurgie de position assise prolongée (voyage)

SUSPICION DE PHLEBITE = URGENCE  
= ECHOGRAPHIE VASCULAIRE

**Origine neurologique** : (canal lombaire étroit)  
Douleur au repos améliorée à la marche

AVIS RHUMATOLOGIQUE = TDM du rachis = non Urgent

## C. Acrosyndrome

---

### ▶ pathologie des extrémités d'origine circulatoire:

#### I. Phénomène de Raynaud:

- ▶ acrosyndrome paroxystique déclenché par le froid, 3 phases: syncopale (blanc), asphyxique (bleu), hyperhémie réactionnelle (rouge)
- ▶ Idiopathique (Maladie de Raynaud, jamais d'ulcère, respect des pouces) ou secondaire (Phénomène de Raynaud: athéromatose, collagénoses, traumatismes, médicaments, ...)



## Acrosyndrome (suite)

---

2. Engchure: acrosyndrome saisonnier hivernal, juvénile, bilatéral, caractérisé par une éruption cutanée érythémateuse, papuleuse, algique et prurigineuse.
3. Gelure: suite à une congélation par exposition au froid: erythème ... phlyctènes ... nécrose
4. Acrocyanose: extrémités froides, cyaniques, oedématiées et hypersudatives Troubles sont plus marqués en hiver. Non douloureux
5. Embols de cholestérol: ischémie avec ou sans nécrose liée à des embolies multiples de cristaux de cholestérol. Il existe une athérosclérose sus-jacente le plus souvent aortique.



# Examen veineux

---

## ▶ La thrombose veineuse profonde (TVP):

- ▶ Douleur du mollet
- ▶ Augmentation du volume
- ▶ Inflammation: rougeur, chaleur
- ▶ Collarité veineuse superficielle
- ▶ Diminution du ballant
- ▶ Signe de Homans: douleur à la dorsiflexion du pied
  
- ▶ Tous ces signes sont inconstants !

## ▶ Thrombose veineuse superficielle:

- ▶ Cordon inflammatoire, douloureux, sur le trajet d'une veine superficielle



# Examen veineux

## ▶ L'insuffisance veineuse:

- ▶ Présence de varices = dilatation du réseau veineux superficiel: à l'origine de lourdeur et d'œdème vespéral
- ▶ Perles variqueuses: petites dilatations ampullaires saillantes sur le trajet distal d'une varice
- ▶ Dermite ocre: coloration brunâtre accompagnant l'insuffisance veineuse: dépôt d'hémosidérine
- ▶ Ulcères variqueux: mollets-chevilles, douloureux, rebords irréguliers, rougeâtres

