

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 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 »**

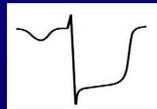
- **Chez la Femme :** fatigue inhabituelle qui s'aggrave à l'effort lors de l'activité;
- essoufflement; gastralgies, nausées et/ou des vomissements; anxiété;

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

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

Douleurs thoraciques - Dissection aortique

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

Douleurs thoraciques – Infarctus du myocarde

Douleur typique

(atypies fréquentes)

Rétro sternale

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

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

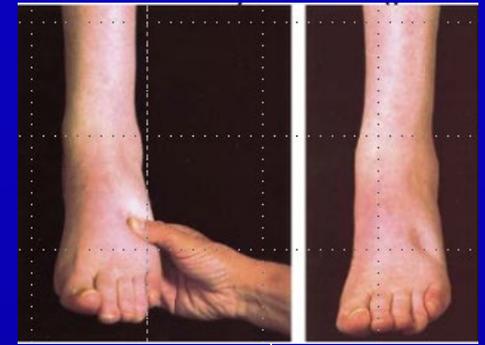
▶ Douleurs cervico-brachiales

- ▶ 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)

	Insuffisance cardiaque	Pneumopathie	Sd pleural	BPCO	EP
Type/ circonstances	effort (stade NYHA) paroxystique	spontanée	spontanée	permanente	spontanée
Signes associés	OMI cardiopathie néphropathie	Sd fébrile sinusite contexte	douleur ↑ resp irradia ^{tion} épaule contexte	toux expectora ^{tion} contexte	douleur basithorac. unilatérale TVP thrombophilie

Classification de la dyspnée NYHA

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

Palpitations, tachycardie (arythmies, EP)
Syncopes/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**

▶ **Syncopé vaso-vagale:**

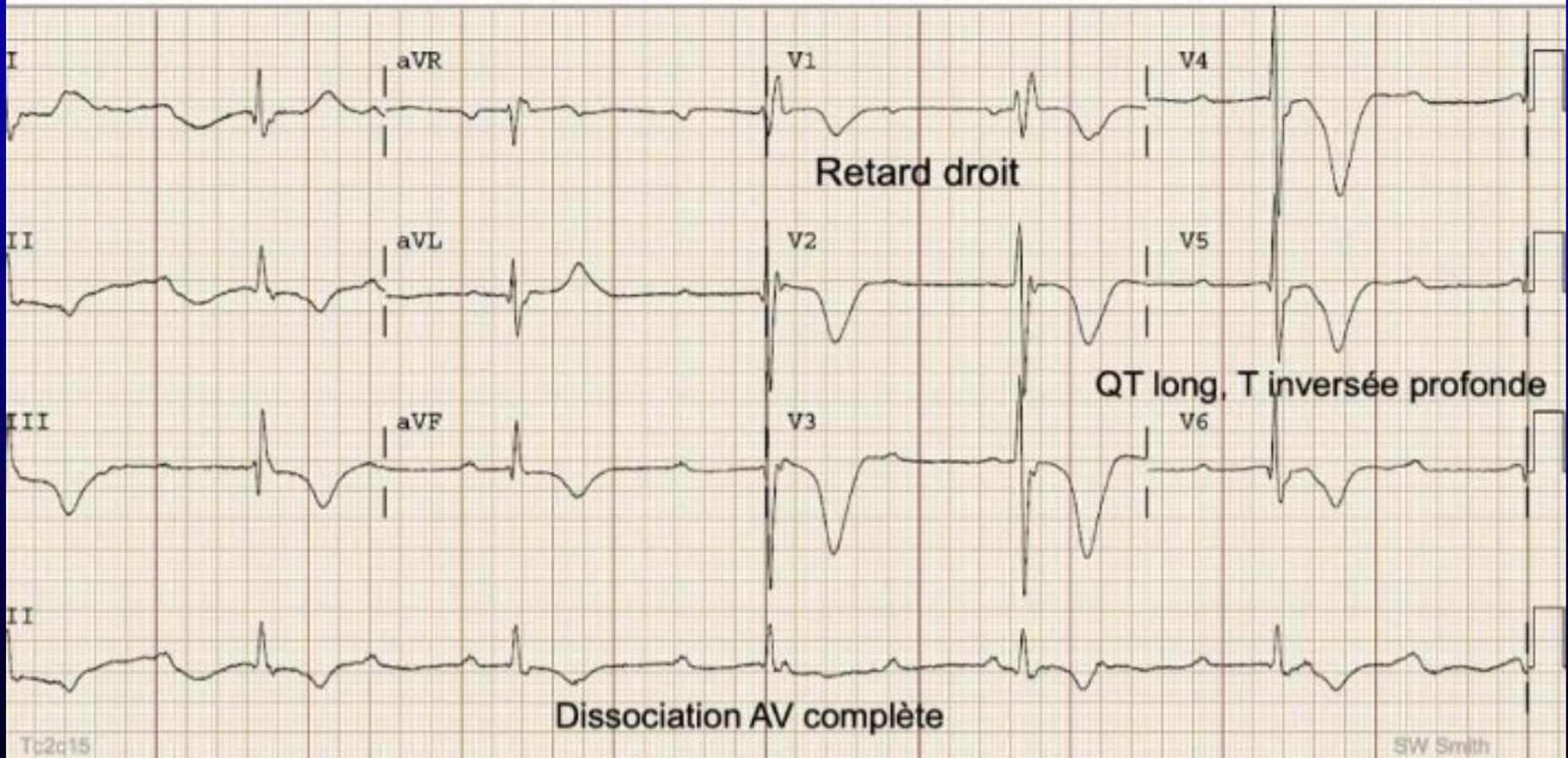
- ▶ Cause la plus fréquente de syncopé
- ▶ Dysfonctionnement temporaire du SNA
- ▶ Début souvent progressif, prodromes (malaise général, nausée, bourdonnement d'oreilles, sueurs)
- ▶ Circonstances favorisantes: atmosphère confinée, surchauffée, période post-prandiale, émotion
- ▶ Souvent le patient entend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

▶ **Syncopé 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: « syncopé 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

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

ECG

P = QRS

P = QRS

P devant QRS

P derrière QRS

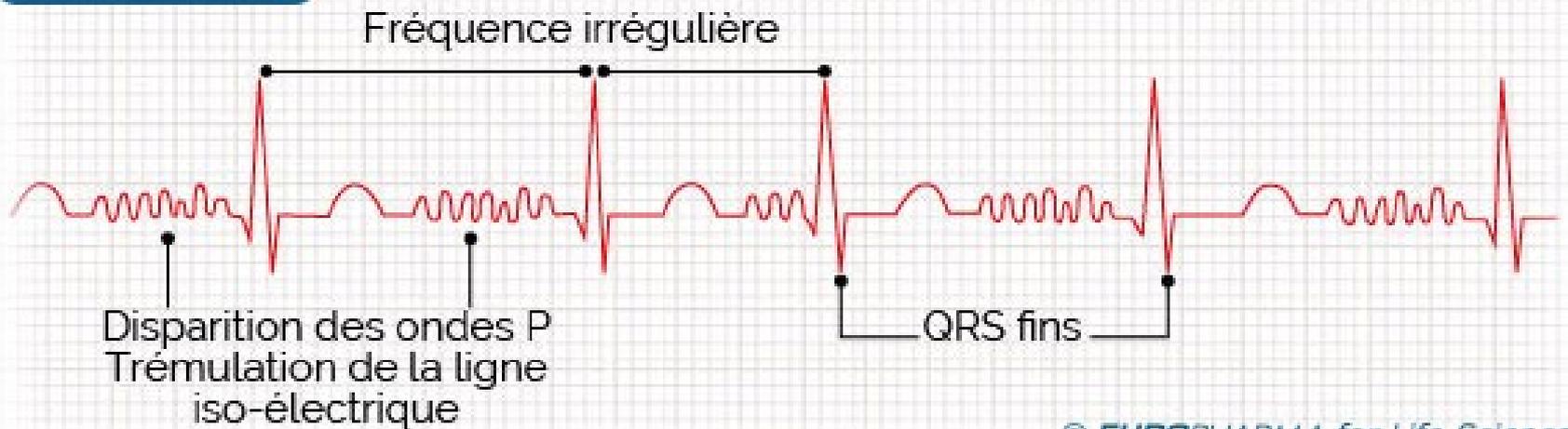
Palpitations

	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	P > QRS	QRS > P (dissociation A-V)

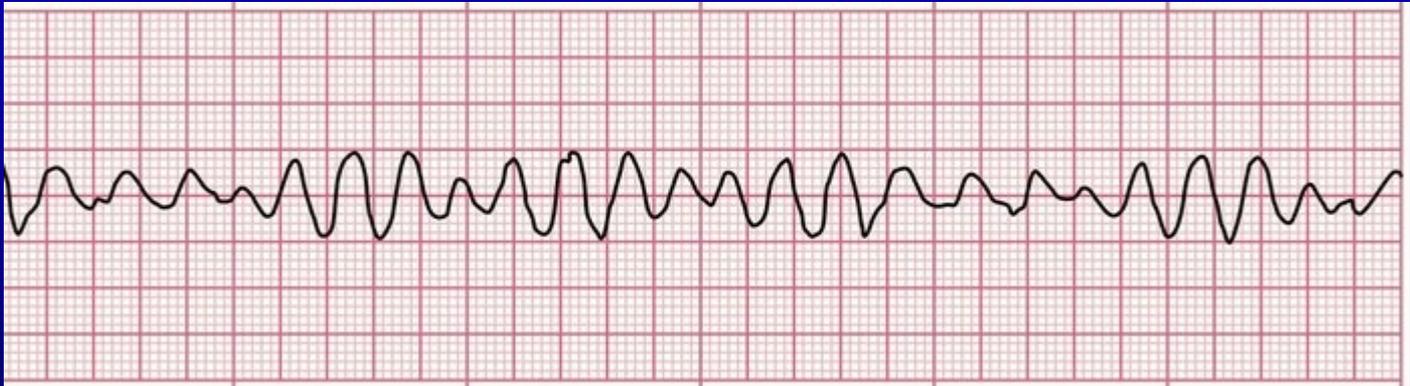
* possibilité de déclenchement au repos (*vagal*) ou à l'effort (*catécholergique*)

Reconnaître la Fibrillation Auriculaire

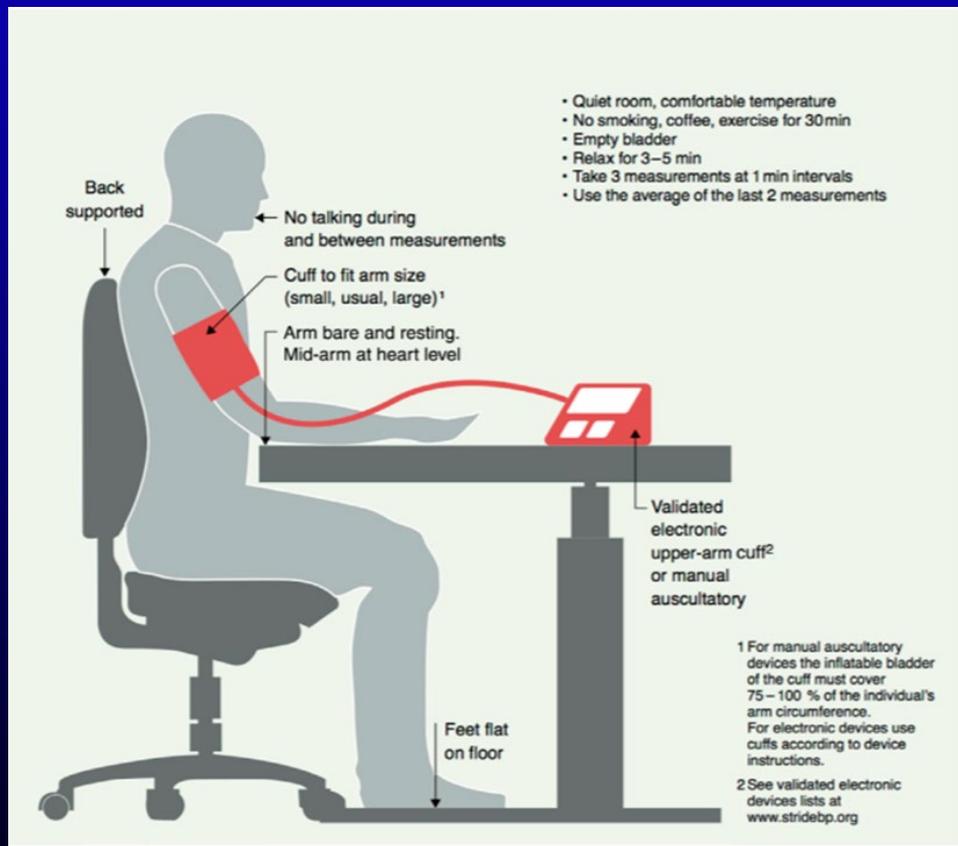
ECG de FA



Reconnaître la Fibrillation Ventriculaire

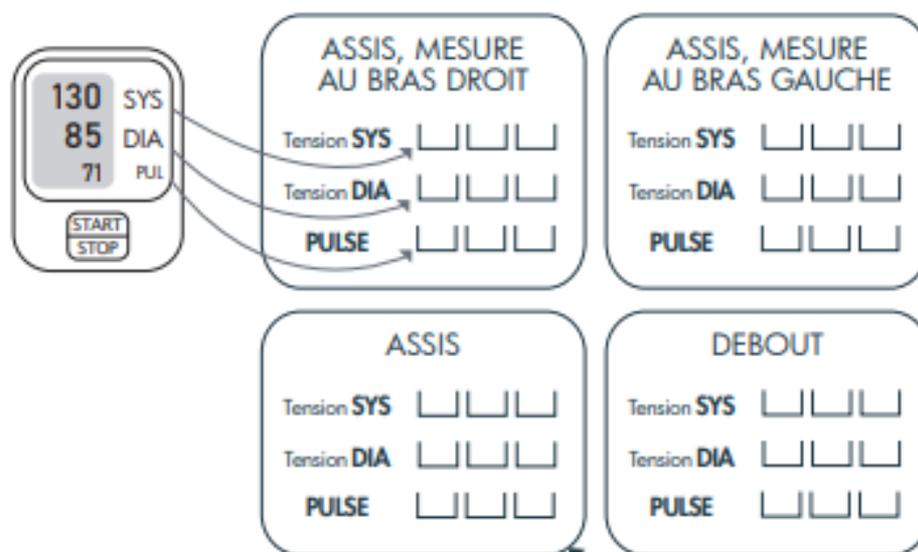


Céphalées, acouphènes, pseudo-vertiges, épistaxis, chaleur visage (HyperTension Artérielle)



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**

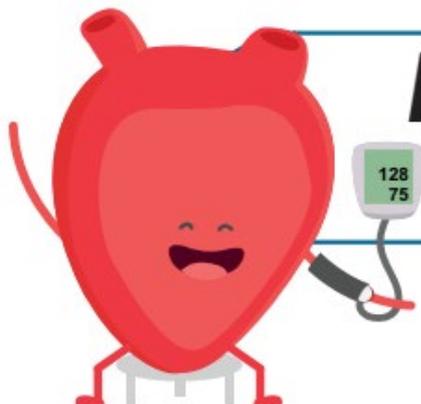
SYS à plus de 130

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

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

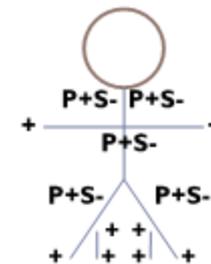
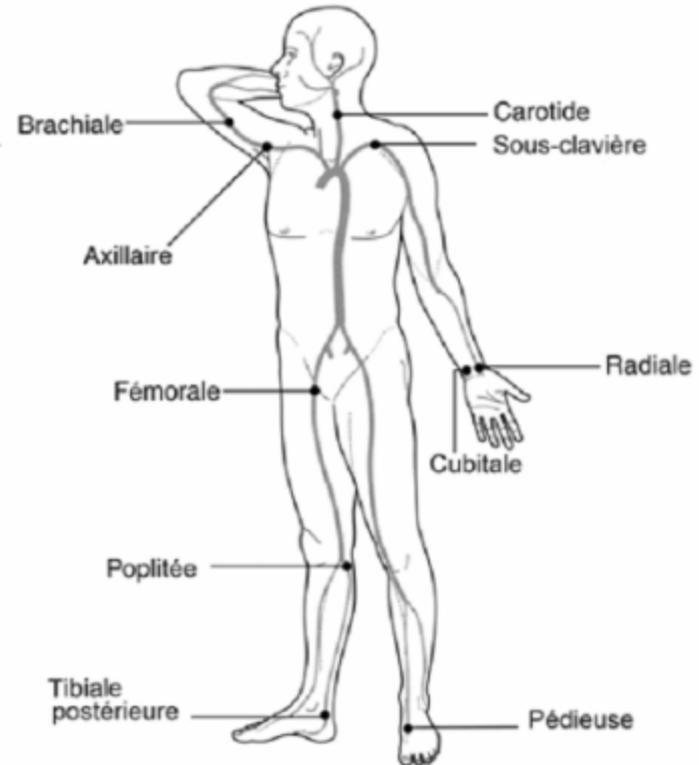
stade 4 : troubles trophiques , gangrène ou nécrose

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 !

▶ Thombose 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

