

Auscultation pathologique - SEMIO CARDIO

Inspection du thorax

- Forme
- FR
- Qualité de la respiration
- Dypnée (de repos, orthopnée)
- Recherche de pulsations visibles (rare)

Palpation

Confirme les pulsations visibles, recherche de frémissements.

- Choc de pointe : point le plus bas et le plus externe : taille du coeur (décubitus lat G)
- Si déviation en bas et en dehors : cardiomégalie.
- Frémissement palpable : signe signification que le souffle

Auscultation

Stéthoscope bi auriculaire

- Membrane : sons aigus (B2, claquements, souffles)
- Cône : sons sourds, graves (B3, B4, galop, roulement)

Conditions :

- Décubitus dorsal, puis latéral gauche, voire debout, penché en avant
- Aux 4 foyers d'auscultation, et au cou, région axillaire, creux sus-sternal, sus-épigastrique, voire sous-claviculaire gauche
- Bloquer sa respiration

B1 : fermeture des valves auriculo-ventriculaires, au début de la systole ventriculaire - tonalité sourde « poum » -> max **pointe du coeur**

B2 : fermeture des valves sigmoïdes, au début de la diastole ventriculaire - tonalité plus haute, sec « ta » -> max à la **base du coeur**

Intensité de B1 et B2 fonction de l'épaisseur de la paroi, augmentée en cas d'éréthisme cardiaque.

Dédoublement physiologique du B2 lors de l'inspiration : la fermeture de la valve aortique a lieu un tout petit peu plus tôt que celle de la valve pulmonaire.

B3 : physiologique chez jeune (1/3), à la pointe. Exceptionnel après 30 ans, très sourd, peu intense : marque le remplissage rapide du VG et disparaît en orthostatisme.

AUSCULTATION PATHOLOGIQUE

1) Modifications d'intensité de B1 et B2

- Les 2 : air, eau, diminution de la contractilité

	B1	B2
Diminution	Insuffisance mitrale	Rétrécissement aortique (ou pulmonaire)
Augmentation / éclat	Rétrécissement mitral	HTA (ou P)

2) Dédoublement des bruits

- Si $> 0,04s$
- Asynchrone gauche droit
- Dédoublement fixe de B2 dans CIA (communication inter-auriculaire)

3) Bruits anormaux surajoutés

- **B3** : protodiastolique, audible à l'apex
-> du à l'augmentation de pression dans l'OG ou une dysfonction du VG
- **B4** : télédiastolique, sourd, toujours pathologique. Correspond à la systole auriculaire après le début de l'onde P, un peu avant B1.
-> du à la perte de compliance du VG.
- **Galop** : rythme à 3 temps (le B3 et le B4 se superposent) + tachycardie
-> témoigne d'une insuffisance ventriculaire gauche
- **COM (claquement d'ouverture mitrale)** : juste après le B2, sec, protodiastolique
-> rétrécissement mitral

Lors de la **systole**, on peut également entendre :

- Click aortique (éjectionnel) - protosystolique -> RA, RP
- Pistol shoot - mésosystolique -> IM
- Click mitral - télésystolique -> IM

4) Souffles

- Intensité de 1 à 6, pas forcément corrélé à la gravité
- Rectangulaire ou losangique
- **Forme** :
 - Souffle de régurgitation
 - Rectangulaire, holosystolique : IM, IT, CIV
 - Souffle éjectionnel
 - Losangique, mésosystolique : RA, RP
 - Souffle de régurgitation diastolique
 - Décroissant : IA, IP
 - Roulement continu
 - A renforcement pré-systolique : RM, RT
 - Systolo-diastolique continu : CA (canal artériel)

Le souffle d'éjection n'est pas toujours pathologique. Lors d'un effort, de la grossesse, d'une anémie ou encore d'un shunt G/D, on peut entendre un souffle de débit. Un souffle innocent peut être audible chez le sujet jeune, mince et augmenté par l'exercice, il est physiologique.

Le souffle d'éjection organique est, lui, pathologique.

Les souffles diastoliques sont toujours organiques.

Le souffle continu sous-claviculaire traduit un canal artériel, à la base une fistule aorto pulmonaire et en latéro-sternal gauche une fistule Ao-VD.

5) Frottement

Bruit fugace, superficiel, audible à n'importe quel foyer, très localisé (sans irradiations), variable dans son intensité et sa localisation. Il persiste en apnée et varie selon la position. Il traduit en général une péricardite.

RECAP

Rétrécissement mitral

- à la pointe
- En décubitus latéral gauche
- Éclat de B1 (fermeture brutale des valves)
- Dédoublement espacé du B2
- **Roulement diastolique**, maximal en protodiastolique

Insuffisance mitrale

- à la pointe
- Décubitus latéral gauche, poumons vidés
- Holosystolique - irradiation axillaire
- Intense
- **B3** dans fuite volumineuse

Rétrécissement aortique

- à la base du coeur, foyer aortique
- **Souffle systolique**, intense, forme losangique, irradiation variable bi-carotidienne
- **B2 diminué**

Insuffisance aortique

- le long du bord G du sternum
- Position assise - penchée, après expiration
- **Souffle diastolique**, décroissant, faible

Souffle cardiaque de l'enfant

- le souffle fonctionnel est la cause la plus fréquente de souffle systolique chez l'enfant
- L'interrogatoire et l'examen physique recherchent des signes de cause organique
- Les souffles systoliques éjectionnels organiques correspondent à des obstacles gauches et droits, et des shunts auriculaires
- La CIV est la cardiopathie congénitale la plus fréquente et donne un souffle holosystolique en rayon de roue
- La persistance du canal artériel est la principale cause de souffle continu chez l'enfant
- Les souffles diastoliques sont rares mais organiques
- Echogardiographie +++