

SÉMIOLOGIE

FONCTIONNELLE CLINIQUE

I. ENTRETIEN

Interrogatoire	
Plainte motivant l'examen	- Mode d'apparition. - Durée. - Sévérité des symptômes. - Evolution dans le temps. - Impact sur la compacité fonctionnelle.
Identification	- Identités/activités : • Nom, prénom. • Date et lieu de naissance (perdu de vue certificat de décès mairie lieu de naissance). • Adresse. • Téléphone, fax, mail. • Profession. • Nationalité. - Circuit / MT : • Mode de recrutement • Médecin traitant (MS et MG). • Personne à prévenir.
Motif d'hospitalisation	- Signes fonctionnels : • Douleur thoracique/abdominales. • Dyspnée. • Palpitations. • Syncopes. • Lipothymies.
ATCD chirurgicaux	- Cardiaques : • ATL, PAC, artère(s); chirurgie valvulaire (reconstruction, prothèse), stimulateur cardiaque (date, dernier contrôle). - Vasculaires : • Cure d'anévrismes, pontages artériels, éveinage (stripping). - Non cardio-vasculaires :
ATCD médicaux	- Cardiaques et vasculaires. - Rhumatismaux (RAA avec anticorps anti-myocarde, anti-péricarde et anti-endocarde, autres...). - Broncho-pulmonaires (BPCO, asthme...). - Maladie connue (systémique ou autres). - Allergies (iode, médicaments...).
Hospitalisations antérieures	- Lieu. - Motif. - Compte-rendus opératoires, histologique, d'hospitalisation...
ATCD familiaux	- Lien de parenté, âge et cause de décès : • Maladie coronaire. • Arythmie ventriculaire. • Cardiomyopathie. • Mort subite.

Facteurs de risque	- HTA. - Âge : F>60 ans et H>50 ans. - Tabagisme (actuel ou < 3 ans). - Dyslipidémie : LDL-C $\geq$ 1,6 g/L et/ou HDL-C $\leq$ 0,40 g/L. - Diabète sucré. - Histoire familiale de maladie CV : • IdM < 55 ans chez père ou frère. • IdM < 65 ans chez mère ou soeur. • AVC < 45 ans chez parents ou frère/soeur.
Evaluation du « terrain »	- Autres localisations de l'athérosclérose : • Cérébrale : AIT, AVC ... • Aortique : anévrisme, ischémie. • Membres : claudication, ischémie ... • Mésentérique : claudication, ischémie ... • Rénale : HTA. - Pathologies associées à retentissement CV : • Diabète, HTA, obésité. • Insuffisance rénale. - Pathologies autres : • Insuffisance respiratoire. • Néoplasie (tabac...).
Mode de vie	- Profession / insertion. - Exercice physique (rythme hebdomadaire). - Alcool (nombre de g/j, ancienneté, sevrage). - Café/thé (nombre de tasses/jour). - Cocaïne, héroïne, crack (ancienneté, consommation).
Traitements et régimes	- Régime : hypolipidique, hypocalorique, sans sel, hypoglucidique, autres... - Cardiaques : β-bloquants, diurétiques IEC, anticalciques, vasodilatateurs, digitaliques, AVK, Aspirine, Clopidogrel... - Autres : AINS, corticoïdes, hormones. - Allergies : alimentaires, médicamenteuses...
Histoire de la maladie	- Signes fonctionnels (douleur thoracique, dyspnée, palpitations, syncopes, lipothymie..). - Caractères des SF : • Siège / irradiation (thoracique, mâchoire, épaule, bras...), • Type (écrasement, serrement, brûlure...), • Qualité (comparaisons), • Intensité (insupportable, gêne) et fréquence (pluriquotidienne, +/- rare), • Horaire / Circonstances (diurne, nocturne / exercice, repos), • Chronologie et évolution (durée, récurrence, effort/repos, effet TNT = trinitrine...). • Facteurs d'aggravation / soulagement (émotion, stress / TNT), • Signes associés (signes digestifs, PA, choc).
« PIED »	- Mnémotechnique pour apprendre toutes les douleurs thoraciques urgentes. - Péricardite aiguë. - IdM. - Embolie pulmonaire - Dissection aortique.

II. DOULEURS :

1) THORACIQUES

Signes fonctionnels	
SF	- Douleur thoracique = douleur angineuse, angor, angine de poitrine : • Médiothoracique, • Constrictive (en étau), • Irradiant au(x) bras, au cou, à la mâchoire, • Survient à l'effort, pendant les périodes de grand froid, • Cesse à l'arrêt de l'effort ou après TNT. - Variantes : • Au repos, • Prolongée (= infarctus), • Digestives, éructations
Douleur ...	- Transitoire pour l'angine de poitrine. - Prolongée pour l'infarctus. - Toute douleur thoracique évocatrice d'une origine cardiaque impose une prise en charge médicale en urgence. - Risque de mort subite (par infarctus).

Angine de poitrine			
2 types	- Angor effort stable. - Syndrome coronaire aigu, ex : IdM (instable).		
Tableau		Angor effort stable	IdM (type de syndrome coronaire aigu)
	Douleur typique	- Rétro sternale - Constrictive	- Rétro sternale - Constrictive
	Atypies fréquentes	- Irradiations. - Liée à l'effort. - TNT + (Trinitrosensible)	- Irradiations. - Continue, prolongée, brutale. - TNT - (Trinitrorésistant)
	Contexte clinique	- FDR	- FDR
	Examen	- Normal	-  PA (hypotension) - Signes trompeurs - Fièvre décalée
	ECG	- En dehors des crises (inter-critique) : normal - Per-critique : sous-décalage ST.	- Sus-décalage ST= onde de Pardee, onde Q de nécrose (inconstante). - Sous-décalage ST, T<0, pas d'onde Q (IdM nonQ). - Ou normal.
	Radio pulmonaire	- Normale.	- Normale (sauf complications).
	CK / Troponine (marqueur de nécrose myocyte)	- Normales.	- Elevées.
	Echocardiographie	- Normale.	- Anormale (akinésie segmentaire).
	Clé du diagnostic	- ECG per-critique. - Test d'ischémie.	- ECG.
Lésions	- Lésion sous-épicaudique : sus-décalage ST (infarctus => urgence). - Lésions sous-endocardique : sous-décalage ST (autres).		
Infarctus du myocarde (IdM)	- Identique à celle de l'angor avec 3 particularités : • Intensité : souvent intolérable, angoisse, sensation de mort imminente. • Diffusion : très large, irradiations multiples. • Durée > 15 min, résiste malgré le repos et les dérivés nitrés. - Nécessité d'hospitalisation par le biais du SMUR.		

Infarctus du myocarde (IdM)

- **Intensité** : souvent intolérable, angoisse, sensation de mort imminente.
- **Diffusion** : très large, irradiations multiples.
- **Durée** > 15 min, résiste malgré le repos et les dérivés nitrés.
- Nécessité d'hospitalisation par le biais du SMUR.

Péricardite

Tableau		Péricardite
	Douleur typique	- Localisée, souvent rétro-sternale.
	Atypies fréquentes	- Augmentée à l'inspiration. - Calmée à l'antéflexion.
	Contexte clinique	- Sujet jeune.
	Examen	- Contexte infectieux, frottement péricardique inconstant, variable en intensité.
	ECG	- Microvoltage lié à l'épanchement péricardique. - Trouble de la repolarisation. - Sous-décalage du PQ.
	Radio pulmonaire	- Normale.
	CK / Troponine (marqueur de nécrose myocyte)	- Normales.
	Echocardiographie	- Normale, épanchement si péricardite liquidienne.
	Clé du diagnostic	- Echocardiographie

Embolie

Tableau

Dissection aortique

Tableau		Dissection aortique
	Douleur typique	- Brutale. - Irradiation dos.
	Atypies fréquentes	- Migration ascendante ou descendante. - Douleur intense.
	Contexte clinique	- HTA, FDR, Marfan.
	Examen	- Asymétrie tensionnelle, - Asymétrie des pouls. - Souffle d'insuffisance aortique.
	ECG	- Normal. - IdM associé possible (rare).
	Radio pulmonaire	- Élargissement du médiastin.
	CK / Troponine (marqueur de nécrose myocyte)	- Normales.
	Echocardiographie	- Dissection, fuite aortique. - Péricardite associée possible.
	Clé du diagnostic	- Scanner/ETO/IRM.

Tableau

Embolie

Tableau

	Embolie pulmonaire
Douleur typique	- Brutale. - Basithoracique (45%).
Atypies fréquentes	- Unilatérale. - Dyspnée associée (70%).
Contexte clinique	- Alitement, chirurgie, thrombophlébite.
Examen	- Polypnée, dyspnée, signe de phlébite.
	Embolie pulmonaire
Douleur typique	- Tachycardie, BBD, S1Q3 (apparition d'une onde S en D1 et onde Q en D3). - Brutale. - Basithoracique (45%).
Atypies fréquentes	- Unilatérale. - Dyspnée associée (70%). - Normale. - On peut parfois avoir un épanchement pleural, une hyperclarté.
Contexte clinique	- Alitement, chirurgie, thrombophlébite.
Examen	- Polypnée, dyspnée, signe de phlébite.
ECG	- Tachycardie, BBD, S1Q3 (apparition d'une onde S en D1 et onde Q en D3). - Normales.
Radio pulmonaire	- Normale. - On peut parfois avoir un épanchement pleural, une hyperclarté. - Normale ou insuffisance cardiaque droit (cœur pulmonaire aigu).
CPK / Troponine (marqueur de nécrose myocyte)	- Normales. - Scintigraphie pulmonaire, scanner spiralé.
Echocardiographie	- Normale ou insuffisance cardiaque droit (cœur pulmonaire aigu)..
Clé du diagnostic	- Scintigraphie pulmonaire, scanner spiralé.

Résumé douleurs thoraciques PIED

Tableau

	Angor d'effort	IdM	Péricardite aiguë	Dissection Ao	EP
Type Irradiations	- Constrictive - En étai	- Constrictive - En étai	- ↗ à l'inspiration profonde. - ↗ par la toux. - ↘ quand assis ou penché en avant.	- Brutale. - Migratrice. - Irradiation dorsale.	- Brutale. - Basithoracique unilatérale. - Pas d'irradiation (possible quand épanchement pleural associé).
Circonstances de survenue	- Effort. - Froid. - Spontanée. - Nocturne.	- Spontanée.	- Spontanée.	- Spontanée. - HTA.	- TVP (thrombose veineuse profonde). - Thrombophilie familiale.
Durée	- Brève (effort).	- Prolongée (IdM > 15') - AI	- Prolongée (≥heures).	- Prolongée (≥heures).	- Prolongée (≥heures).
Signes associés	- Angoisse.	- Angoisse. - Signes digestifs	- Fièvre. - Syndrome inflammatoire. - Dyspnée.	- HTA. - AVC associé. - Syncope (rare).	- Dyspnée. - Cyanose. - Hémoptysie. - Choc. - TVP.
Évolution	- Arrêt effort - TNT +	- Morphinique - TNT -	- AINS.	- Morphinique	- ↗ par respirations. - ↗ par la toux. - ↘ par antalgiques.

Diagnostics différentiels des douleurs thoraciques	
Diagnostics différentiels	- Embolie pulmonaire, pleurésie. - Péricardite. - Dissection aortique. - Musculaire, sterno-costale. - Spasme oesophagien. - Psychogène (éliminer PIED avant).
Douleurs thoraciques non-CV	- 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 périarthrite scapulo-humérale. • Parfois distribution tronculaire ou radiculaire. - 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). • 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.
Schéma	RETROSTERNAL - Myocardial ischemic pain - Pericardial pain - Esophageal pain - Aortic dissection - Mediastinal lesions - Pulmonary embolization SHOULDER - Myocardial ischemic pain - Pericarditis - Subdiaphragmatic abscess - Diaphragmatic pleurisy - Cervical spine disease - Acute musculoskeletal pain - Thoracic outlet syndrome INTERSCAPULAR - Myocardial ischemic pain - Musculoskeletal pain - Gallbladder pain - Pancreatic pain ARMS - Myocardial ischemic pain - Cervical/dorsal spine pain - Thoracic outlet syndrome RIGHT LOWER ANTERIOR CHEST - Gallbladder pain - Distention of the liver - Subdiaphragmatic abscess - Pneumonia/pleurisy - Gastric or duodenal penetrating ulcer - Pulmonary embolization - Acute myositis - Injuries EPIGASTRIC - Myocardial ischemic pain - Pericardial pain - Esophageal pain - Duodenal/gastric pain - Pancreatic pain - Gallbladder pain - Distention of the liver - Diaphragmatic pleurisy - Pneumonia LEFT LOWER ANTERIOR CHEST - Intercostal neuralgia - Pulmonary embolization - Myositis - Pneumonia/pleurisy - Splenic infarction - Splenic flexure syndrome - Subdiaphragmatic abscess - Precordial catch syndrome - Injuries

2) ABDOMINALES

Douleurs abdominales d'origine vasculaire	
Anévrysme de l'Ao abdominale	- Symptomatique si volume ++, embols, rupture ou dissection. - Souvent confondue avec des problèmes digestifs. - Rupture : • Douleur continue, brutale, péri-ombilicale, pouvant irradier dans l'aîne ou la région lombo-sacrée. • Si rupture intra-péritonéale d'emblée : état de choc.
Dissection de l'Ao abdominale	- Avec ou sans anévrysme. - Douleurs cfr supra. - Caractère migratoire de la douleur avec la progression de la dissection.
Ischémie mésentérique	- Aigüe : • Douleur à type de crampe, brutale, région ombilicale ou FID, devant permanente (infarctissement), agitation. • Hyperpéristaltisme. • Risque d'infarctus du mésentère => nécrose de l'intestin grêle. • Plus tard : signe d'occlusion : vomissements, fièvre, choc. - Chronique (triade) : • Douleur à type de crampe, péri-ombilicale, 15-30 min post-prandial = angor mésentérique.

II. DYSPNÉE, SYNCOPES/LIPOTHYMIES, PALPITATIONS

Dyspnée		
Histoire de la maladie		Dyspnée
	Siège / irradiation	—
	Type	- Effort ou repos. - Toux, orthopnée.
	Intensité	- Classe fonctionnelle NYHA.
	Fréquence / rythme	- Paroxystique ou permanente.
	Circonstances	- Survenue brutale, progressive. - Arrêt spontané, arrêt avec un traitement.
	Evolution	- Signes de gravité (tachycardie, palpitations, cyanose...). - Tolérance ou non (tirage intercostal = mauvais signe).
	Facteurs Aggravants / soulageants	- Aggravant : Rupture de régime (ex : sel) ou de traitement. - Soulageant : traitement réplétif (diurétique).
	Signes associés	- Toux, fièvre, oedèmes des MI, hypotension, choc...

Diagnostics		IVG	Pneumopathie	Sd pleural	BCPO	EP
	Type / Circonstances	- Effort (NYHA) - Paroxystique.	- Spontanée.	- Spontanée	- Permanente.	- Spontanée. - TVP.
	Signes associés	- OMI (oedèmes). - Cardiopathie. - Signes ICD : • Hépathomégalie. • Turgescence jugulaire.	- SD fébrile. - Sinusite. - Contexte viral.	- ↗ avec l'inspi profonde. - Irradiation épaule. - Contexte.	- Toux. - Expectorations. - Contexte (tabac).	- Douleur basi-thoracique unilatérale - TVP. - Thrombophilie.
	Évolution	- Aggravation : • OAP. • IC globale.	- Traitement ATB	- Dépend de la cause : infectieuse ou non infectieuse (cancer).	- Chronique. - Surinfection. - IRA.	- Traitement AC (amélioration de la perfusion).

Syncopes et lipothymie																	
Définitions	- Lipothymie = malaise sans perte de connaissance. - Syncope = perte de connaissance.																
Étiologie Syncope	10/10 - Causes vasculaires : • Hypotension orthostatique. • Syncope vaso-vagale (risque de se blesser si chute). • Hypersensibilité des sinus carotidiens (ex : cravate qui étrangle). • Insuffisance vertébro-basilaire (liée le plus souvent à une sténose de l'artère vertébrale). - Causes cardiaques = syncope de Stoke-Adams (brutale) : • Troubles du rythme / de la conduction surtout au repos. • Obstacle à l'éjection cardiaque surtout à l'effort (sténose ou cardiomyopathie obstructive). • Trouble du remplissage, rare. - Causes neurologiques : épilepsie. - Causes métaboliques : • Hypoglycémie, diabétiques sous insuline. • Hypocalcémie (rare). - Causes psychatriques (hystérie). - Causes toxiques (héroïne et morphiniques).																
Histoire de la maladie	<table> <tr> <th></th><th>Syncope / Lipothymie</th></tr> <tr> <td>Siège / irradiation</td><td>—</td></tr> <tr> <td>Type</td><td>- Effort, repos, émotion.</td></tr> <tr> <td>Intensité</td><td>—</td></tr> <tr> <td>Fréquence / rythme</td><td>- Unique ou multiple.</td></tr> <tr> <td>Circonstances</td><td>- Survenue : brutale ou prodrome (avec facteurs qui annoncent la syncope). - Arrêt : pleine conscience ou obnubilation.</td></tr> <tr> <td>Evolution</td><td>- Reprise de CS. - Récidives.</td></tr> <tr> <td>Signes associés</td><td>- Traumatismes liés à une chute, surtout quand survenue brutale comme dans le Stoke-Adams.</td></tr> </table>		Syncope / Lipothymie	Siège / irradiation	—	Type	- Effort, repos, émotion.	Intensité	—	Fréquence / rythme	- Unique ou multiple.	Circonstances	- Survenue : brutale ou prodrome (avec facteurs qui annoncent la syncope). - Arrêt : pleine conscience ou obnubilation.	Evolution	- Reprise de CS. - Récidives.	Signes associés	- Traumatismes liés à une chute, surtout quand survenue brutale comme dans le Stoke-Adams.
	Syncope / Lipothymie																
Siège / irradiation	—																
Type	- Effort, repos, émotion.																
Intensité	—																
Fréquence / rythme	- Unique ou multiple.																
Circonstances	- Survenue : brutale ou prodrome (avec facteurs qui annoncent la syncope). - Arrêt : pleine conscience ou obnubilation.																
Evolution	- Reprise de CS. - Récidives.																
Signes associés	- Traumatismes liés à une chute, surtout quand survenue brutale comme dans le Stoke-Adams.																

Types de syncopes				
		Effort	Stoke-Adams	Vagales
	Prodormes	0	0	- Malaise général. - Nausées, vomissements. - Sueurs.
	Horaires	0	0	- Post-prandiale.
	Types de syncopes	- Effort.	0	- Digestion. - Atmosphère confinée, chaleur.
2 étiologies cardiaques à rechercher	2 étiologies cardiaques à rechercher	- Secondes - Syncope vaso-vagale : - Cause la plus fréquente de syncope. - Dysfonctionnement temporaire du SNA. • Début souvent progressif, prodromes (malaise général, nausée, bourdonnement, sueurs). - Angor, dyspnée. • Circonstances favorisantes : atmosphère confinée, surchauffée... - 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 quand fréquentes.	- Secondes - Traumatisme. - BAV complet. - Hypotension. - Brugada.	- Minutes. - Progressive. - Vomissements, asthénie post-critique.
		- Syncope de Stoke-Adams : - Plus fréquente de syncopes 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 +++ (BAV complet ou trouble du rythme ventriculaire). - Syncope / Lipothymie complète).		
		- Progressif avec parfois vomissements et asthénie marquée.		
		- Effort, repos, émotion.		
		- Effort, repos, émotion.		
2 étiologies cardiaques à rechercher	2 étiologies cardiaques à rechercher	- Effort, repos, émotion.		
		- Effort, repos, émotion.		

10/11

Palpitations	
Histoire de la maladie	Palpitations
	Type
	Intensité
	Fréquence / rythme
	Circonstances
	Evolution
	Facteurs aggravants / soulageants
	Signes associés

Définitions	- P n - P v - P	Fréquence / rythme	= Perception de mort rare.	
		Circonstances	= Brutale ou progressive. - Arrêt : brutal ou progressif. - Survenue : brutale ou progressive.	
		Evolution	- Signes de gravité (dyspnée thoraciques, vomissements). - Tolérance, récidives.	
		Facteurs aggravants / soulageants	- Signes de gravité (dyspnée thoraciques, vomissements). - Aggravant : troubles métaboliques (j).	
		Signes associés	- Aggravant : troubles métaboliques (j). - Anxiété, réponse anormale.	
		Signes associés	- Anxiété, réponse anormale. - par crises.	
		Interet de l'ECG.	- Anxiété, réponse anormale. - par crises.	
			- Anxiété, réponse anormale. - par crises.	
			- Anxiété, réponse anormale. - par crises.	
			- Anxiété, réponse anormale. - par crises.	
Etiologie			Tachycardie sinusale	Tachycardie jonctionnelle
		Début	- Progressif.	- Brutal.
		Fin	- Progressive.	- Brutale, polyurie.
		Circonstances	- Progressif, stress.	- Variables, polyurie.
		PA	- Exertion, stress.	- Variables.
		BdC	- Fixes.	- Fixes.
		Pulsations artérielles	- Régulières.	- Régulières.
		Argument	- Régulières. - Anémie, effort, fièvre (↗Fc). - Contexte.	- Régulières par manœuvre vagale. - Réduction par manœuvre vagale.
		ECG	- P devant QRS. - P = QRS.	- P devant QRS. - P = QRS.
		ECG	- P devant QRS.	- P derrière QRS.
			Fibrillation auriculaire	Tachycardie ventriculaire
		Début	- Progressif.	- Brutal.
		Fin	- Progressive.	- Variable.
		Circonstances	- Variables : possibilité de déclenchement au repos (vagal) ou à l'effort (catécholergique).	- Ischémie myocardique.
		PA	- Variable.	- Variable.
		BdC	- Variables.	- Variables.
		Pulsations artérielles	- Irrégulières.	- Régulières.
		Argument	- Irrégulière.	- Mal tolérée.
		ECG	- P > QRS.	- QRS > P (dissociation AV).
		ECG	- P > QRS.	- QRS > P (dissociation AV).

III. AU NIVEAU DES MEMBRES

MEMBRE INF - Claudication intermittente	
Définition	- Douleur des membres inférieurs à type crampe. - Due à une ischémie des muscles de MI.
Stades de Leriche et Fontaine	- Stade 0 : pas de lésion. - Stade 1 : lésion sans expression clinique. - Stade 2 : ischémie fonctionnelle, claudication intermittente : • A) légère : au-delà de 300 m. • B) moyenne : entre 100 et 300 m. • C) forte : moins de 75 m - Stade 3 : ischémie permanente ou de douleur de décubitus. - Stade 4 : troubles trophiques, gangrène ou nécrose.
Artériopathie des MI	

Ischémie mésentérique	- Aigüe : • Douleur à type de crampe, brutale, région ombilicale ou FID, devant permanente (infarctissement), agitation. • Hyperpéristaltisme. • Risque d'infarctus du mésentère => nécrose de l'intestin grêle. • Plus tard : signes d'occlusion = vomissements, fièvre, choc. - Chronique (triade) : • Douleur à type de crampe, péri-ombilicale, 15-30 min post-prandial = angor mésentérique.
------------------------------	--

MEMBRE SUP - Syndrome de la traversée thoraco-brachiale	
Pathologie artérielle des MS	- Moins fréquentes qu'aux MI. - Troubles microcirculatoires fréquents. - Compression des vaisseaux sous-claviers : artère, veine, plexus brachial (C8-D1) par : côte cervicale, scalènes, pince costo-claviculaire, petit pectoral.
Signes fonctionnels	- Ischémie d'effort (claudi-inter). - Sensation de refroidissement. - Cyanose, oedème, thrombose (phlébite d'effort). - Gène douloureuse (cubitale), paresthésie (3 derniers doigts).
Signes d'examen	- Rotation extension de la tête en inspiration forcée (scalène). - Attitude du soldat au garde à vous, manoeuvre de Sanders. - Test du chandelier : membres SUP en abduction, pâleur des mains, abolition des pouls. - Test de Roos : bras en abduction-rotation externe, ouvrir et fermer la main pendant 3 minutes (syndrome traversée thoraco-brachiale).

IV. ACROSYNDROMES = SYNDROMES VASOMOTEURS DES EXTRÉMITÉS

Acrosyndromes	
Phénomène de Raynaud	- Acrosyndrome paroxystique déclenché par le froid, 3 phases : syncopale (blanc), sphérique (bleu), hyperhémie fonctionnelle (rouge). - Idiopathie (maladie de Raynaud, jamais d'ulcère, respect des pouces) ou secondaire (phénomène de Raynaud : athéromatose, collagénose, traumatismes, médicaments...).
Engelure	- Acrosyndrome saisonnier hivernal, juvénile, bilatéral, caractérisé par une éruption cutanée érythémateuse, papuleuse, algique et prurigineuse.
Gelure	- Suite à une congélation par exposition au froid : érythème, phlyctènes, nécrose...
Acrocyanose	- Extrémités froides, cyaniques, oedématisées et hypersudatives. Plus marqués en hiver. Non douloureux.
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.

V. PATHOLOGIES VEINEUSES

Thrombose veineuses profondes (TVP) des membres	
Définition	- Caillot plus ou moins expansif. - 2 stades : • Phlébothrombose. • Thrombophlébite.
Signes fonctionnels	- Douleur spontanée aiguë ou progressive, permanente (mollet, face interne de la cuisse, triangle de Scarpa).
Signes physiques	- Oedèmes, augmentation de la chaleur locale, cyanose, dilatation des veines superficielles, tension et douleur du mollet à la dorsiflexion ou plus rarement à l'extension du pied. - Phlébite bleue : signes de phlébite et d'ischémie artérielle associée.
Signes généraux	- Inquiétude, tachycardie, fièvre.
Complications	- Vitales : embolie pulmonaire. - Fonctionnelles : maladie post-phlébitique.
Examens complémentaires	- Echo-doppler veineux, phlébographie. - Dosage des digères

Maladies des veines superficielles des MI	
Varices	- Insuffisance veineuse chronique avec dilatation du réseau veineux superficiel. - Le plus souvent héréditaire. - Lourdeur des MI à la position debout, à la saison chaude, diminuant en décubitus et à la marche. - Dilatations veineuses : troubles trophiques (oedèmes, ulcères). - Recherche d'un reflux ostial (doppler++).
Thrombose veineuse superficielle	- Cordon veineux inflammatoire sural. - Trajet d'une veine superficielle. - Traitement médical ou chirurgical.
Thrombose veineuse profonde	- Douleur du mollet. - Augmentation de volume. - Inflammation : rougeur, chaleur. - Collarité veineuse superficielle. - Diminution du ballant. - Signes de Homans : douleur à la dorsiflexion du pied.
Atteinte artérielle	- Signes fonctionnels : • Douleur des MI : ▸ Effort, crampes = claudication périmètre. ▸ Brutale ou chronique. - Signes cliniques : • Chaleur locale, pouls. • Troubles trophiques (ulcères) ▸ Artériopathie des MI, ▸ Athérome ou thrombose, ▸ Ischémie aiguë ou non.

Atteinte veineuse	- Signes fonctionnels : • Jambes lourdes • Oedèmes. - Signes cliniques : • OMI. • Varices, troubles chroniques. • Signe de Homans : ▸ Insuffisance veineuse ▸ Thrombose profonde.
Insuffisance veineuse	- Présence de varices = dilatation du réseau veineux superficiel, à l'origine de douleurs et d'oedème vespéral. - Perles variqueuses : petites dilatations ampullaires saillantes sur le trajet discal de la varice. - Dermite ocre : coloration brunâtre accompagnant l'insuffisance veineuse (dépôt d'hémosidérine). - Ulcères variqueux : mollets-chevilles, douloureux, rebords irréguliers, rougeâtres.

VI. EXAMEN GÉNÉRAL

Examen général	
Morphotype	- Certains morphotypes sont associés à des cardiopathies ou d'autres pathologies CV. - Ex : trisomie 21, lupus, acromégalie, Marfan, retard de croissance. - Rechercher un hippocratisme digital (cardiopathie avec hypoxémie).
Oeil	- Gérontoxon : dépôt de cristaux de cholestérol à la périphérie de la cornée. - Xanthélasma : dépôt cutané de cristaux de cholestérol en périphérie orbitaire. - Traduit une hypercholestérolémie chez le sujet jeune, peu de valeur diagnostique chez le sujet âgé.
Peau et muqueuses	- Coloration : pâleur (anémie, bas débit), cyanose, mélanodermie (hémochromatose), ictère ou sub-ictère (foie cardiaque). - Xanthome cutané et tendineux : même valeur diagnostique que le xanthélasma et le gérontoxon. - Lésions des endocardites : • Pétéchies : petite hémorragie sous-cutanée ou conjonctivale. • Hémorragie sous-unguéales linéaires. • Nodules d'Osler : lésion érythémateuse tendue, douloureuse, palpable (doigts, orteils). • Tâches de Janeway : lésions maculaires non-douloureuses (paumes des mains, plantes des pieds).
Cou	- Inspection des jugulaires : • Patient semi-assis (45°). • Jugulaires spontanément turgescentes ou après compression prolongée (30s) du foie (reflux hépato-jugulaire). • Recherche d'un pouls jugulaire : ▸ Systole : insuffisance tricuspide. ▸ Diastole : sténose tricuspide, HTAP.

Thorax	- Inspection : • Forme du thorax : ▸ Thorax en tonneau : insuffisance respiratoire. ▸ Thorax en entonnoir : pectus excavatum. • Fréquence respiratoire. • Qualité de la respiration (pénibilité, régularité) : orthopnée, platypnée, polypnée de repos, respiration régulière (Cheynes-Stokes, Kussmaul). - Examen pleuro-pulmonaire, recherche d'un épanchement pleural souvent bilatéral et des râles crépitants aux 2 bases dans l'IVG.
Abdomen	- Foie : • Hépatomégalie douloureuse dans l'IC. • Reflux hépato-jugulaire. • Splénomégalie : rare dans l'IC, plus fréquente dans l'endocardite. - Rein : • Important chez le sujet hypertendu : recherche de gros reins à la palpation bimanuelle (hydronéphrose, polykystose), recherche d'un souffle sus-ombilical irradiant vers un hypochondre (sténose artère rénale).
Oedèmes	- Accumulation de liquide dans le secteur interstitiel. - Topographie : • Généralisé : pathologie cardiaque, rénale, hépatique, digestive, malnutrition. • Localisé : obstruction veineuse ou lymphatique, allergie, inflammation. - Aspect après compression par le doigt : • « Rend le godet » : obstacle veineux, anasarque. • Se déprime transitoirement, oedème élastique : lymphoedème. • Ne se déprime pas, oedème résistant : myxoedème (pas un oedème au sens propre de la définition).