

CHU Mustapha
Service de médecine interne
Pr F.BOUALI, Chef de service

ENSEIGNEMENT DE SEMIOLOGIE -ANNEE UNIVERSITAIRE

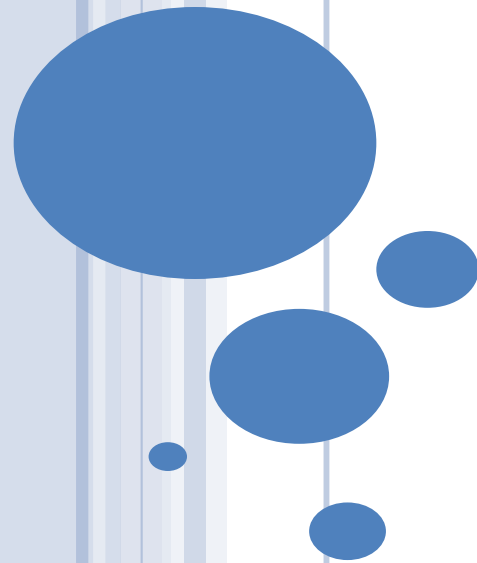
2024– 2025

ENSEIGNEMENT DIRIGE (TD) UEI

Université des Sciences de la Santé

CAS CLINIQUES

Pr. LERARI



CAS CLINIQUE 1

Une femme de 25 ans consulte son médecin pour des douleurs thoraciques apparues depuis quelques jours. Elle décrit des oppressions rétrosternales la gênant surtout en position allongée et augmentant en inspiration profonde. Elle vous rapporte également qu'elle est enrhumée depuis quelques jours et a même eu un peu de température (38°C).

Questions

- 1/ Quel diagnostic évoquez vous et pourquoi?
- 2/ Connaissez vous d'autres types de douleurs qui augmentent en inspiration?
- 3/ Que pouvez vous trouver à l'examen clinique qui peut conforter ce diagnostic?
- 4/ Quels examens réalisez –vous en 1^{ère} intention et que révèlent-ils?
- 5/ Quel est l'apport de l' échodoppler cardiaque?
- 6/ Quel est le pronostic en général de ce type de pathologie ?
 - Citer deux complications
 - Quels signes cliniques périphériques permettent de les évoquer?

1/ QUEL DIAGNOSTIC ÉVOQUEZ VOUS ET POURQUOI?

- Péricardite aiguë
 - Caractéristiques de la douleur
 - Douleur rétrosternale augmentant en inspiration profonde et en position allongée (améliorée par l'antéflexion)
 - Terrain : sujet jeune
- Probablement d'origine virale
 - Signes d'accompagnement
 - Fièvre et syndrome grippal: classiquement associé à la péricardite qui est une inflammation de l'enveloppe du cœur le plus souvent d'origine virale
- Les autres urgences cardiovasculaires sont rapidement éliminées
 - Infarctus : ce n'est pas le terrain ni le type de douleur
 - Dissection aortique : sujet âgé, douleur différente (transfixiante migratrice)
 - Embolie pulmonaire : dyspnée, terrain différent, douleur postérieure (pleurale)



2 /Connaissez vous d'autres types de douleurs qui augmentent en inspiration?

Douleur pleurale (douleur de séreuse)

- Douleur postérieure
- Associée à dyspnée
 - Peut être associée à une embolie pulmonaire
- Si épanchement pleural : matité à l'examen clinique



3/ Que pouvez vous trouver à l'examen clinique qui peut conforter ce diagnostic?



Examen clinique

- Auscultation cardiaque :
 - frottement péricardique
 - systolo-diastolique à 3 temps (début et fin de diastole, systole)
 - superficiel
 - inconstant 50%
 - fugace
 - intensité variable
- Assourdissement des bruits du cœur

4/ QUELS EXAMENS RÉALISEZ –VOUS EN 1ÈRE INTENTION ET QUE RÉVÈLENT-ILS?

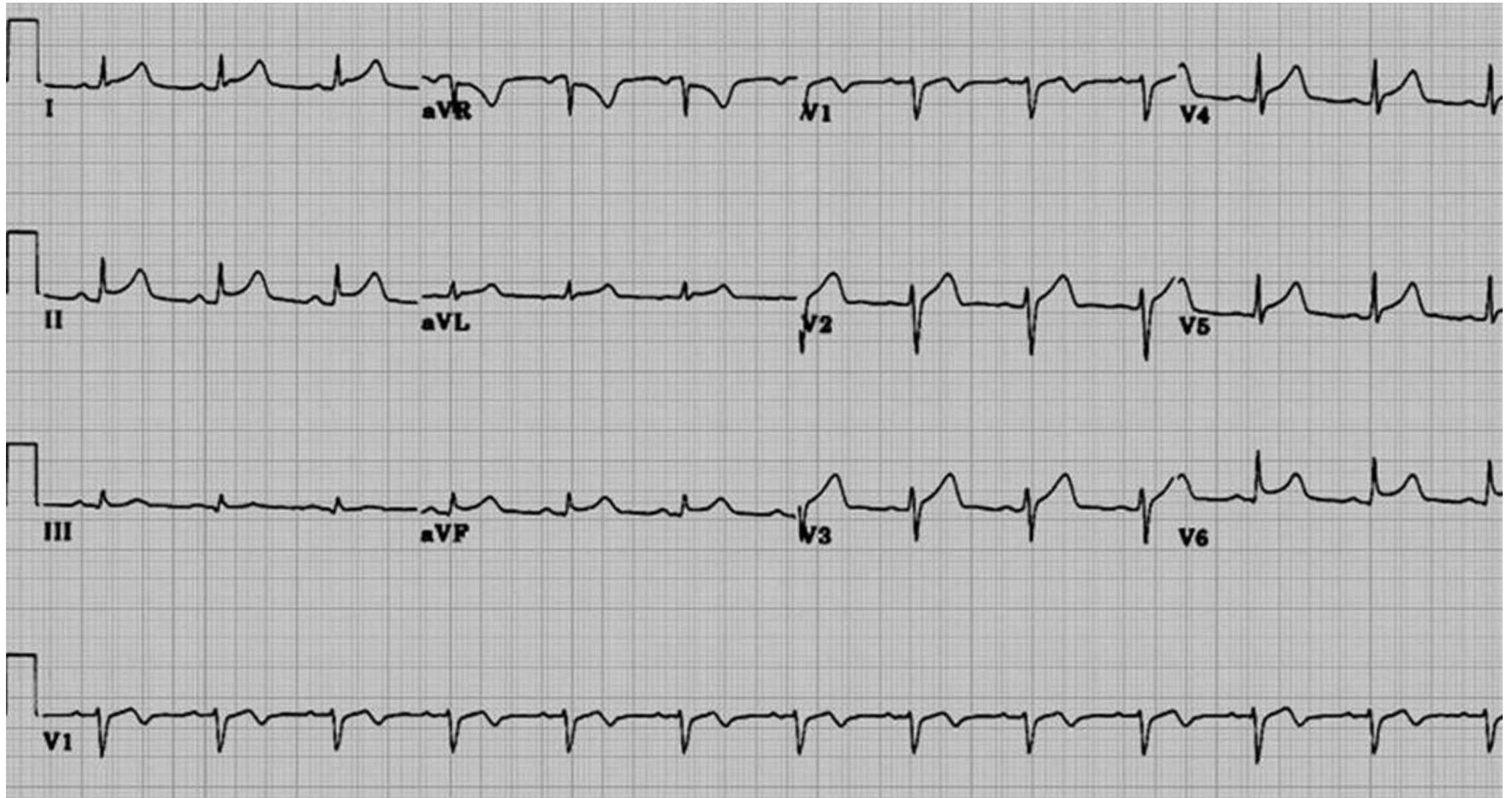
- ECG; bas voltage
- Radiographie du thorax ; cardiomégalie



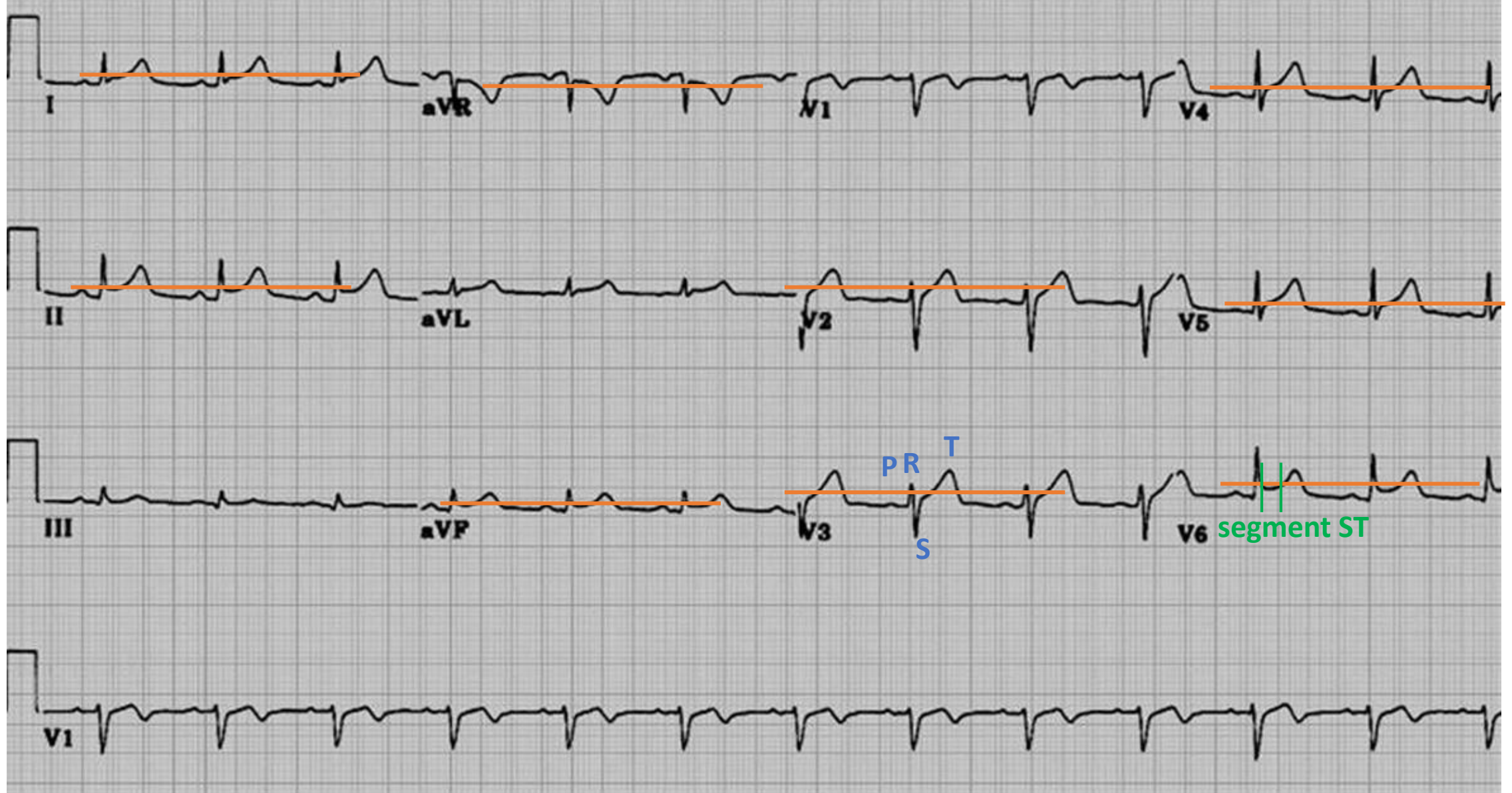
Cliché thoracique : classiquement horizontalisation du bord gauche du cœur , « gros cœur »



fig. 1

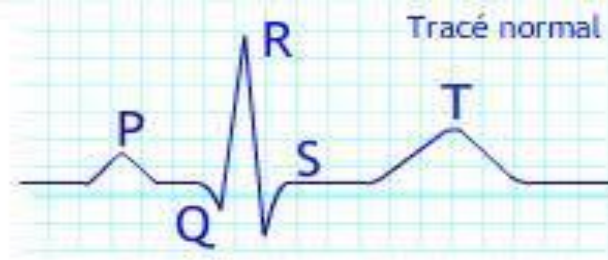


5. Interprétez l'ECG

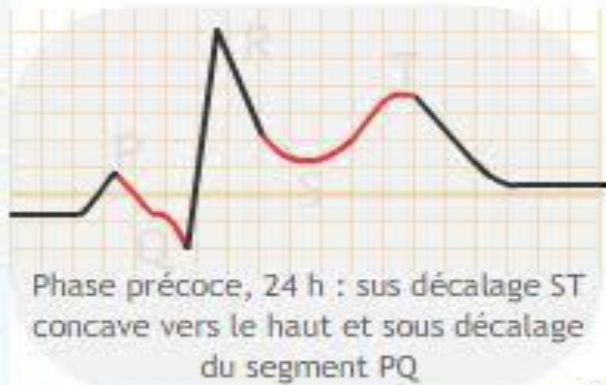


- Sus-décalage diffus du segment ST concave vers le haut sans image en miroir.
- Absence d'onde Q d'infarctus.
- Tracé évocateur d'une **péricardite aiguë**.

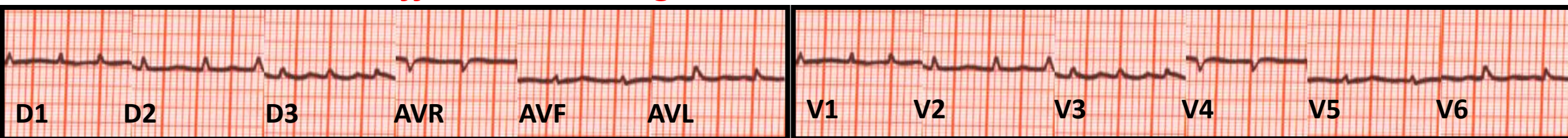
Les 4 stades évolutifs de la péricardite aiguë à l'ECG



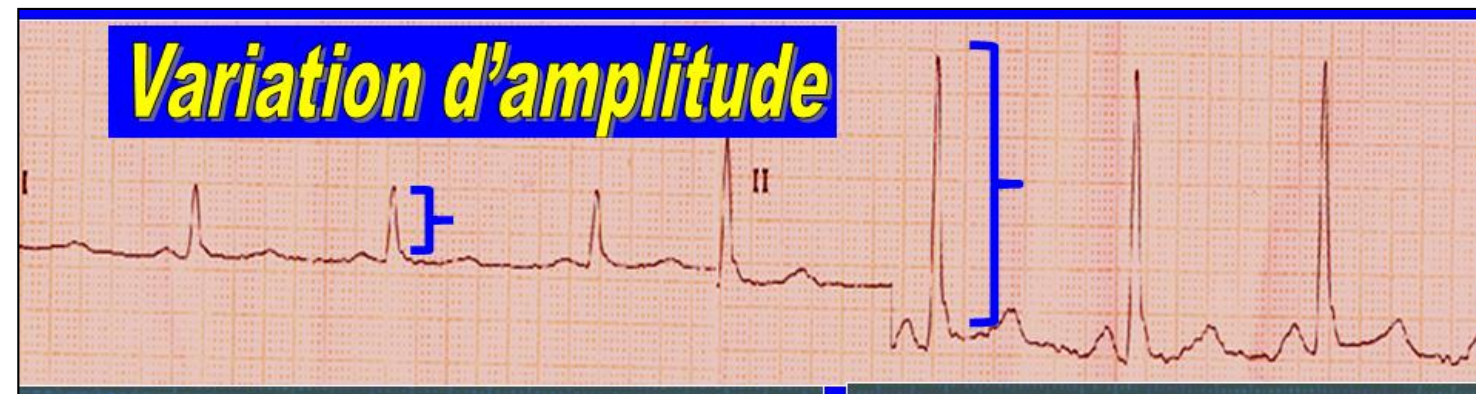
Les 4 stades de Holzman



- On peut noter: **un micro voltage** (en cas d'épanchement abondant) soit la taille < 5 mm
- Ces anomalies **sont diffuses sans images en miroir**



- Alternance électrique**



Question 6

Quels examens biologiques réalisez-vous à titre de bilan une fois votre diagnostic établi ?

Réponse 6

- Bilan inflammatoire : VS, CRP, NFS plaquettes, fibrinogène.
- Troponine rechercher une atteinte myocardique.

Définitions et critères diagnostiques des péricardites.

Péricardite	Définition et critères diagnostiques
Aiguë	Syndrome péricardique inflammatoire diagnostiqué s'il y a au moins deux des quatre critères suivants : – douleur thoracique péricarditique; – frottement péricardique; – nouveau sus-décalage de ST diffus ou sous-décalage de PQ sur l'ECG; – épanchement péricardique (nouveau ou s'aggravant). Données supplémentaires : – élévation des biomarqueurs d'inflammation (CRP, VS, globules blancs); – preuve d'une inflammation péricardique par une technique d'imagerie (scanner, IRM).

Péricardite ?
(examen clinique, ECG, radiographie thoracique, échocardiographie, CRP, troponine)

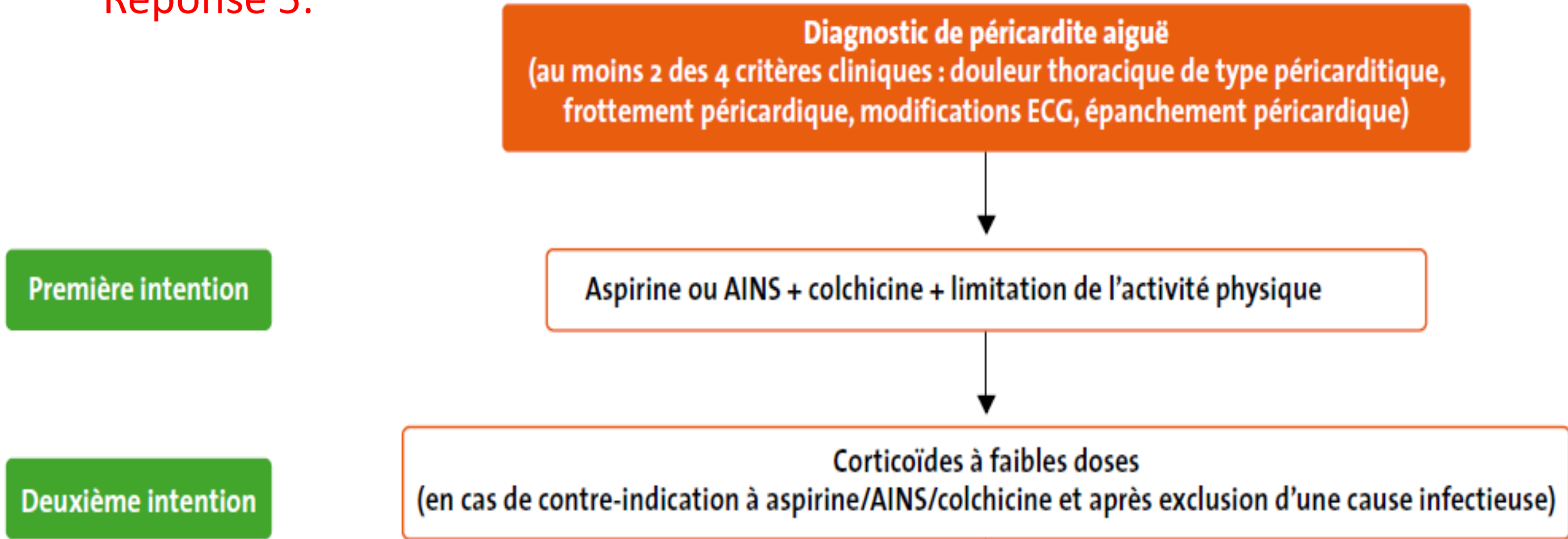
7/ Quel est l'apport de l'échodoppler cardiaque?

- Echographie cardiaque
- De réalisation systématique dans les 24-48h , souvent normale
- Confirme le diagnostic
- Quantifier l'épanchement
 - Péricardite aigue sèche : péricarde hyperechogène dense , très réfringent ,parfois dédoublé
 - Evalue le retentissement de l'épanchement sur les cavités cardiaques droites

Question 8

Comment allez vous traiter votre patiente?

Réponse 5:



Traitement spécifique en fonction de l'étiologie

- **Péricardites des maladies de système** : corticoïdes
- Péricardite purulente :
 - Drainage chirurgical
 - ATB parentérale adaptée
- Tuberculeuse
 - TTT anti-BK pendant 1 an
 - +/- CTC qui diminue le risque d'évolution vers la constriction
- Post IDM précoce et tardives (syndrome de Dressler)
- ***Précoce*** :
 - Aspirine à dose (3 g/j) ou colchimax 2/j
- ***Tardive***
 - Aspirine 3 g/j ou colchimax 1/j

9/ Quel est le pronostic en général de ce type de pathologie ?

- Citer deux complications

- Quels signes cliniques périphériques permettent de les évoquer?

- Pronostic:Excellent: traitement anti-inflammatoire de quelques semaines associé au repos

- **Complications rares**

 - À cours terme** : tamponnade

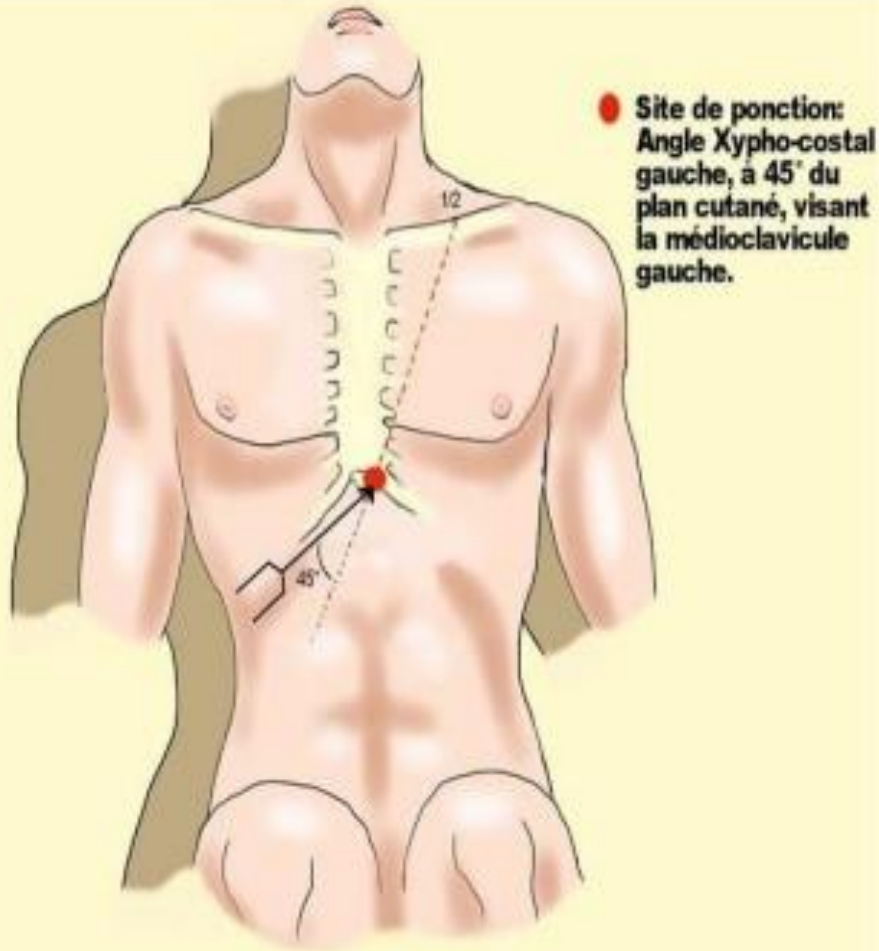
 - Urgence vitale si la péricardite s'accompagne d'un épanchement liquidien qui peut comprimer le coeur

- Signes d'IVD :signes de tamponnade: adiestolie aigue (tachycardie ,turgescence des jugulaires,choc)

 - À long terme** ; Péricardite constrictive

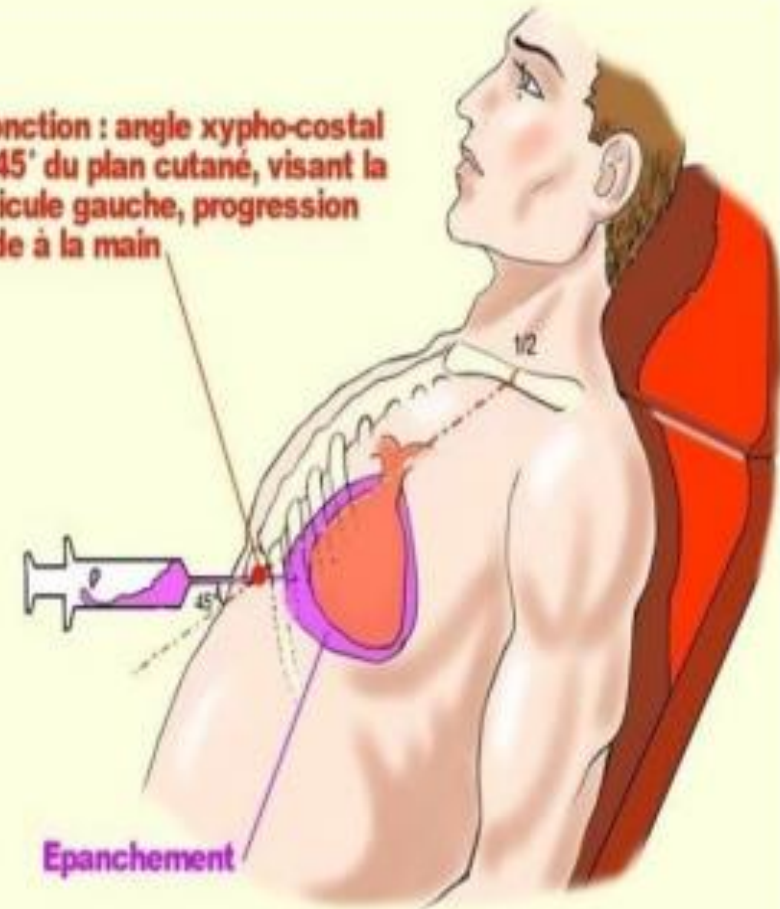


Ponction péricardique si risque de tamponnade



Ponction péricardique : position semi assise

Point de ponction : angle xypho-costal
gauche, à 45° du plan cutané, visant la
médio-clavicule gauche, progression
lente, le vide à la main



Ponction péricardique

CAS CLINIQUE 2

- Un jeune patient de 23 ans est admis pour ascite de moyenne abondance et œdèmes des membres inférieurs
- L'auscultation cardiaque retrouve un bruit sec ,vibrant ,compatible avec une vibration péricardique

1/ À quelle affection pensez-vous

Péricardite constrictive

2/ Quels signes périphériques complètent ce tableau clinique

Hépatomégalie congestive

TSJ

3/ Quel est le mécanisme à l'origine de ces signes périphériques

Augmentation de la pression veineuse

4/ comment sont les bruits du cœur

Assourdis

5/ Quelle est l'étiologie la plus fréquente de cette affection

Tuberculose











Une patiente âgée de 55ans ,est reçue aux urgences parcequ'elle s'est évanoué .Elle est accompagnée par sa sœur qui vous informe de la survenue brutale avec chute sur le sol

La patiente affirme ne pas se rappeler de son entourage

L'interrogatoire révèle une dyspnée d'effort à 1 étage et des douleurs retro sternale restrictive l'obligeant souvent à s'arrêter.

L'examen retrouve des bruits du cœur régulier à 80 bat/min, un souffle systolique râpeux au foyer aortique et au foyer d'Erb.

1.Comment nommez –vous cette perte de connaissance

Syncope d'effort.

2.Situer ces foyers ? (2pts)

foyer aortique : extrémité interne du 2eme EICDt

foyer d'Erb : extrémité interne du 3eme EICGch



3- A quoi correspondent les douleurs thoraciques constrictives ?
Angor d'effort (ou angine de poitrine d'effort).

4. De quelle atteinte cardiaque souffre la patiente ?
Rétrécissement aortique.

5. Explique le mécanisme commun à la perte de connaissance et aux douleurs précordiales ?
Ischémie coronaire et ischémie cérébrale

6. Citer 2 signes périphériques attendus
TA .; basse
Pouls de faible amplitude

7. Quel examen para clinique réalisez –vous en urgence ?
ECG
signes d'HVG de type systolique

8. Quel examen para clinique réalisez –vous en 2^{ème} intention?
echodoppler cardiaque



- Mme A,G , 25ans , consulte pour une dyspnée d'effort avec expectoration rosée
- L'interrogatoire retrouve 3 épisodes analogiques dans ses ATCD
- L'examen ; Patiente apyrétique , TA 120/80mmHg , FC= 100bt/mn
- Examen pleuropulmonaire ; râles secs prédominant aux bases

1/ Quel est le diagnostic à évoquer ?

2/ L'auscultation cardiaque révèle un souffle diastolique au 5^{ème} EICG
décrivez ce souffle

3 /.complétez l'auscultation cardiaque au niveau du même foyer

4. De quelle valvulopathie s'agit-il?



1/ OAP

2/ Description du souffle

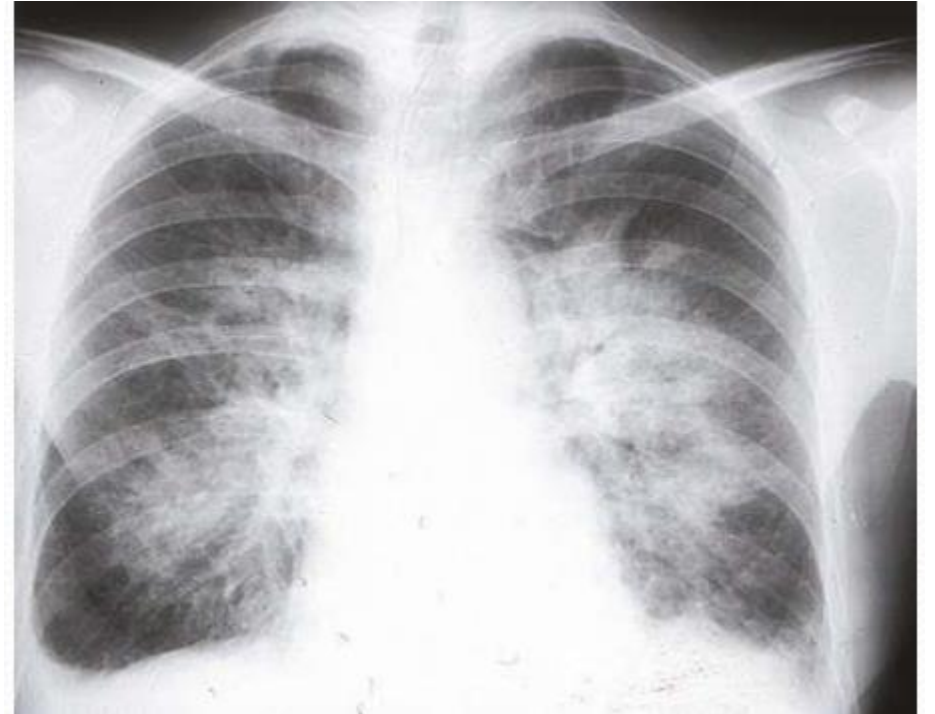
Temps : le souffle commence à distance de B2 immédiatement après le claquement d'ouverture mitrale .

- siège : maximum au foyer apexien en décubitus dorsal ou en décubitus latéral gauche
- irradiation : aucune
- timbre : roulant

3/ Auscultation ; éclat de B1 –claquement d'ouverture de la mitrale

La triade: COM, roulement diastolique, éclat de B1 réalise ; **le rythme de Duroziez**

4/ Rétrécissement mitral



- Au cours de son hospitalisation le rythme cardiaque devient irrégulier , et elle présente une douleur aigue du membre inférieur gauche , ce membre est froid et pale

5/ A quoi pensez-vous?

6/ Quel est le signe physique à rechercher impérativement pour confirmer votre diagnostic?

7/ Quelle en est la cause la plus probable ?

Ischémie du membre inférieur gauche

Pouls abolis au MI G

embolie



- Mr ,GH , suivi pour insuffisance mitrale, consulte pour dyspnée.L'intensité du souffle est de 4/6

1. Que retrouve -t-on à la palpation ?

Frémissement systolique

2. Donner les caractéristiques de ce souffle?

- SS holosystolique de régurgitation
 - Siège foyer mitral
 - Irradie vers aisselle gauche et parfois dos.
 - Sec, rude en jet de vapeur.
 - augment e après effort et expiration forcée.

3. Quelle est l'intensité de B1?

Diminué ou aboli



4. Que recherchez –vous à l'ECG et à la radiographie du thorax?

ECG ; HAG et HVG diastolique

Radiographie du thorax ; saillie de l'arc moyen gauche et de l'arc inferieur gauche

5. Quel examen confirme cette valvulopathie

Echodoppler cardiaque



Signes d'« hypertrophie » dilatation de l'OG et du VG:

- Radio de face: → la dilatation de l'OG= saillie de l'AMG, → la dilatation du VG= saillie de l'AIG - OAD: saillie convexe de l'OG refoulant l'œsophage en arrière

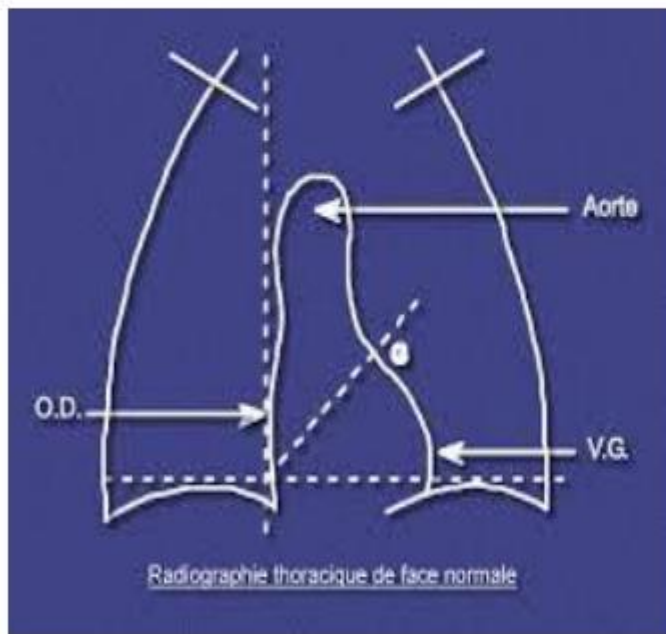
RADIO FACE

- HAG, AMG

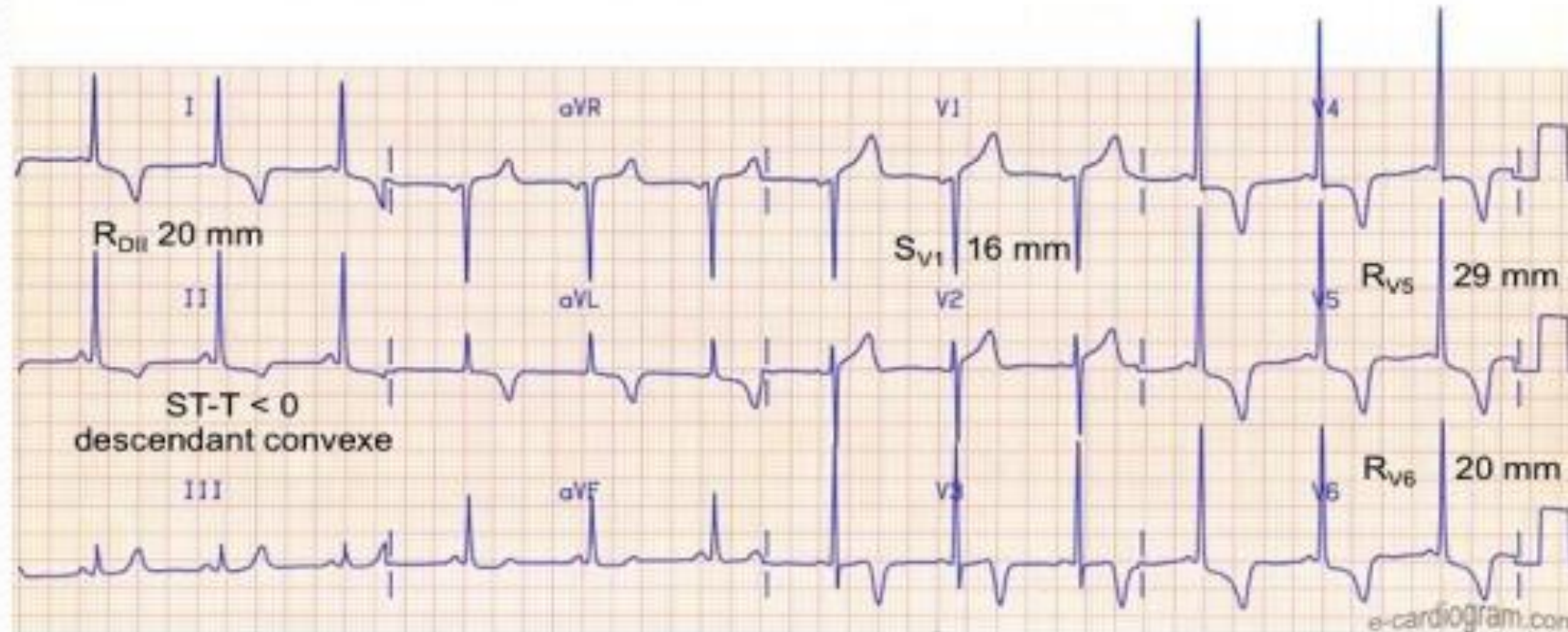
- HVG: AIG



H V G



Hypertrophie VG



Indice de Sokolow positif : S_{V1} 16 mm + R_{V5} 29 mm = 45 mm

Signes d'hypertrophie auriculaire gauche (HAG) associée plus tard à des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche de type diastolique (ondes Q-R et T de grande amplitude en V5-V6)

Hypertrophie VG (**Sokolow +**)

Indice de Sokolow : $SV1 + RV5-6$ (positif si > 35 mm après 40 ans) = **41 mm**

Homme 63 ans

