

	ANAMNESE	INSPECTION / PALPATION / PERCUSSION / AUSCULTATION	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	<i>Explication physiopathologique</i>
Insuffisance mitrale (IM) (Régurgitation)	<p><u>Préciser le mode de début</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - brutal (sous forme d'œdème aigu du poumon) : IM aiguë par rupture de cordage - IM chronique. <p><u>Signes fonctionnels</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ <i>dyspnée d'effort</i> domine initialement, ➢ puis tableau d'insuffisance cardiaque gauche voire ➢ globale. 	<p>1. <u>Palpation précordiale</u> : Frémissement systolique et choc de pointe ample si hypertrophie ventriculaire gauche.</p> <p>2. <u>Auscultation cardiaque</u> : tab_1_8.doc</p> <p>3. <u>Auscultation pulmonaire</u> : <i>râles crépitants, frottement pleural</i> si insuffisance cardiaque gauche.</p>	<p>1. <u>ECG</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hypertrophie auriculaire gauche, hypertrophie ventriculaire gauche diastolique, - trouble du rythme auriculaire. <p>2. <u>Echo-Doppler</u> : trans-thoracique ou trans-oesophagienne : 2.1 <u>Mode bidimensionnel</u> : - prolapsus de la valve mitrale, - aspect myxoïde (= dégénératif), - rupture de cordage, - ± végétations d'endocardite. - diamètre OG, VG.</p> <p>2.2 <u>Doppler</u> : - quantification de la fraction régurgitée (FR) et calcul de la surface de l'orifice régurgitant (SOR), - mesure des pressions pulmonaires.</p>	<p><i>Reflux de sang du VG vers l'OG lors de la systole ventriculaire avec retentissement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - en amont : sur l'OG et la circulation pulmonaire, voire sur les cavités droites, - en aval : augmentation du remplissage et dilatation du VG.
Rétrécissement aortique (RA) (Sténose)	<p><u>Signes fonctionnels à l'effort</u>, témoins du caractère serré du RA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ <i>dyspnée d'effort,</i> ➢ angor d'effort, ➢ syncope ou lipothymie d'effort, ➢ mort subite (+++). 	<p>1. <u>Palpation des pouls carotidiens</u> : diminués d'amplitude.</p> <p>2. <u>Auscultation cardiaque</u> : tab_1_8.doc</p>	<p>1. <u>ECG</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hypertrophie ventriculaire gauche, - troubles de conduction (BAV 1, plus rarement BBG). <p>2. <u>Echo-Doppler</u> : 2.1 <u>ETT</u> : ➢ <u>mode bidimensionnel</u> : - ouverture des sigmoïdes < 8 mm, - bicuspidie, - aspect dégénératif calcifié des feuillets. ➢ <u>mode temps-mouvement</u> : hypertrophie ventriculaire gauche concentrique.</p>	<p><i>Réduction de la surface orificielle aortique valvulaire (N ≈ 3,5 cm² ; sténose serrée si < 1 cm²) responsable d'un obstacle à l'éjection du VG avec insuffisance augmentation du débit cardiaque à l'effort, et à un stade ultérieur insuffisance cardiaque gauche et dilatation du VG.</i></p>

			<p>2.2. <u>Doppler</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gradient VG-Aorte moyen : si > 40 mmHg = RA serré - calcul de la surface aortique : $< 1 \text{ cm}^2$ (ou $0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ de surface corporelle) = RA serré ; 1 - $1,2 \text{ cm}^2$ = RA moyennement serré ; $> 1,2 \text{ cm}^2$ = RA peu serré. 	
<p>Insuffisance aortique (IA) (Régurgitation)</p>	<p><u>Signes fonctionnels</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ absents pendant très longtemps ➢ <i>dyspnée d'effort</i> si insuffisance cardiaque gauche ➢ angor d'effort (signe de gravité). 	<p>1. <u>Palpation précordiale</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ longtemps normale, ➢ choc apexien en dôme de Bard si hypertrophie ventriculaire gauche, ➢ frémissement diastolique si <i>fuite importante</i>. <p>2. <u>Auscultation cardiaque</u> : cf. Tableau « Souffles ».</p> <p><u>Signes artériels périphériques si fuite aortique importante</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ élargissement de la PAd > 40 mmHg (+++). ➢ hyperpulsatilité artérielle. 	<p>1. <u>ECG</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ initialement normal, ➢ puis hypertrophie ventriculaire gauche, ➢ puis troubles de conduction possibles. <p>2. <u>Echo-Doppler</u> :</p> <p>2.1. <u>ETT</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ <u>mode bidimensionnel</u> : - dilatation du VG (\pm aorte ascendante), - \pm végétations. ➢ <u>mode temps-mouvement</u> : fluttering de la grande valve mitrale. <p>2.2. <u>Doppler</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quantification de la fraction régurgitée (FR) et calcul de la surface de l'orifice régurgitant (SOR). 	<p><i>Reflux de sang de l'aorte vers le VG en diastole entraînant rapidement dilatation et une augmentation de la masse cardiaque. La PAD est diminuée si la fuite est importante et par compensation la PAS augmente. Une fuite aortique massive et aiguë entraîne une augmentation brutale de la pression diastolique du VG et entraîne œdème pulmonaire et angor.</i></p>