

# III - EXAMEN VASCULAIRE

## A - EXAMEN ARTERIEL

### 1 - Clinique

Le rôle de la clinique est ici majeur. L'interrogatoire constitue une étape essentielle (voir *supra*) de même que l'inspection de la peau et la palpation et l'auscultation des trajets artériels.

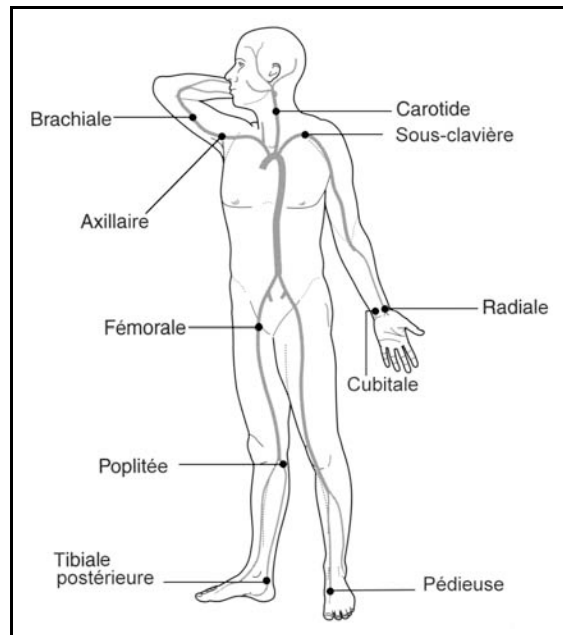
Le pouls artériel résulte de la transmission de l'onde de pression vers les artères. La prise du pouls se fait classiquement au niveau du poignet (pouls radial) du patient en utilisant l'index, le médium et l'annulaire. La fréquence du pouls (correspondant, normalement, à la fréquence cardiaque) et exprimée en nombre de battements par minute.

*La palpation* de l'aorte abdominale se fait au niveau épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane, où elle est en règle accessible, sauf chez le sujet obèse. Une forte expansion latérale, battante, suggère un anévrisme aortique, sous-rénal en général. Il est difficile de faire la distinction avec une aorte sinueuse (dolicho-aorte), fréquente chez les personnes âgées. L'auscultation à ce niveau peut révéler un souffle.

La palpation des artères périphériques (Figure) sera toujours bilatérale et comparative afin de rechercher les différences d'amplitude. On précisera :

- La présence ou non d'un pouls (disparition en cas d'occlusion athéromateuse par exemple, disparition ; ou forte atténuation des battements aortiques à l'épigastre et des pouls des membres inférieurs en cas de coarctation de l'aorte).
- La régularité du pouls (régularité du rythme sinusal à comparer à l'irrégularité induite par des extrasystoles ou la fibrillation atriale).
- L'amplitude du pouls (petite ou importante) qui donne une idée du volume d'éjection systolique (par exemple le pouls ample et bondissant de l'insuffisance aortique).
- La régularité des trajets artériels accessibles (recherche d'un anévrisme évoqué devant la perte du parallélisme des bords de l'artère) et leur souplesse (les artères peuvent être rigides, en « tuyau de pipe » en cas d'athérome par exemple).

Les autres trajets vasculaires doivent aussi être explorés : sur le schéma ci-après, se trouve précisée la localisation des principaux trajets artériels accessibles à l'examen clinique.



L'auscultation intéresse surtout les carotides, les artères fémorales, les artères axillaires, les sous-clavières, les artères poplitées et bien sûr l'aorte abdominale ainsi que les artères rénales. Elle recherche un souffle systolique lié à la présence d'un obstacle à l'écoulement ou un souffle continu à renforcement systolique témoignant d'une fistule artério-veineuse.

## 2 - Index de pression systolique

La recherche d'une artériopathie des membres inférieurs peut s'aider de la mesure de l'*index de pression systolique*, dont la valeur diagnostique est établie et qui est encore insuffisamment utilisé. Un brassard pneumatique placé à la cheville est dégonflé, tandis que la pression systolique est mesurée avec une sonde Doppler au niveau de l'artère pédieuse ou tibiale postérieure. Cette pression systolique à la cheville est rapportée à la pression systolique humérale, pour obtenir l'index de pression systolique ( $IPS = \frac{PAS_{cheville}}{PAS_{bras}}$ ) que l'on considère anormal s'il est inférieur à 0,9.

## B - EXAMEN VEINEUX

Deux réseaux veineux sont particulièrement importants à examiner au cours de l'examen cardiovasculaire :

### 1 - L'examen veineux des membres inférieurs

Il est bilatéral et comparatif en décubitus dorsal et en position debout. Il recherche :

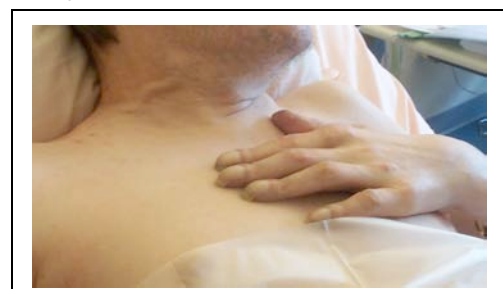
- La présence de varices, dilatation du réseau veineux superficiel des membres inférieurs, responsables de lourdeur et d'œdème vespéral des membres inférieurs.
- Des signes d'incompétence des valvules anti-reflux sous la forme d'un remplissage anormal des veines des membres inférieurs lors de la mise en orthostatisme.
- Des signes évocateurs d'une thrombo-phlébite profonde. Ils sont en règle unilatéraux : douleur du mollet, signes inflammatoires (rougeur, chaleur), diminution du ballant du mollet, et signe de Homans (douleur du mollet provoquée par la dorsiflexion du pied).

### 2 - L'examen des veines jugulaires

La veine jugulaire interne est une veine profonde en communication libre avec l'oreillette droite. L'augmentation de la pression veineuse (insuffisance ventriculaire droite, péricardite constrictive, tamponnade, par exemple) provoque une *turgescence des veines jugulaires* externes qui peut être spontanément visible (Fig. 2 ci dessous).

Fig 2 : Distension de la veine jugulaire externe.

Le malade étant en position allongée, le thorax à 45 degrés par rapport au plan du lit, l'inspection des jugulaires donne des informations sur la pression veineuse.



L'existence d'un *reflux hépato-jugulaire* est recherché par la pression ferme et suffisamment prolongée (30 secondes au moins), exercée par la main droite du médecin au niveau de l'hypochondre droit du patient, chez un sujet en position demi assise. Le sujet doit être le plus possible relaxé et continuer à respirer librement. Ce signe (gonflement durable des jugulaires lors de la pression sur le foie) est observé en cas d'insuffisance cardiaque droite.

Les veines jugulaires peuvent parfois être animées de *battements synchrones* de celui des oreillettes, et dont l'analyse peut être utile lors de la survenue de troubles du rythme cardiaque.