

ECC VASCULAIRE (TENSION-POULS)

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE :

- Savoir investiguer une douleur évocatrice d'une claudication intermittente
- Savoir rechercher les symptômes associés et classer l'insuffisance artérielle des membres inférieurs
- Exercer l'examen physique d'un patient présentant une claudication intermittente
- Savoir prendre la tension artérielle dans le cadre d'un dépistage d'HTA selon les recommandations de l'OMS

JEU DE ROLE : CAS CLINIQUE POUR LE MONITEUR (30 MIN)

Anamnèse actuelle

« Je viens vous voir parce que j'ai mal au mollet droit. »

Vous êtes un homme de 65 ans, retraité, ancien gérant de restaurant. Tout a commencé il y a quelques mois avec une gêne douloureuse dans la jambe droite. Vous avez remarqué ce problème après environ 150m de marche avec l'apparition d'une douleur dans le mollet droit qui parfois remonte progressivement vers la cuisse et la fesse. C'est comme une sensation de crampe qui vous oblige à vous arrêter de marcher. Vous évaluez l'intensité de la douleur à 6-7/10. A l'arrêt, la douleur disparaît rapidement après 1 à 2 minutes.

Elle survient plus rapidement si vous marchez plus vite ou à la montée. Vous n'avez pas de douleur pendant la nuit, mais vous avez parfois l'impression que votre pied droit est plus froid que le gauche, mais cela ne vous empêche pas de dormir. Vous n'avez pas de douleur dans la jambe gauche.

Antécédents personnels et FRCV

On vous a dit que votre cholestérol était augmenté et votre médecin vous a dit de manger moins gras. Vous êtes connu pour une hypertension artérielle qui est traitée par deux médicaments (mais vous ne vous rappelez pas du nom...).

Votre père est décédé d'un accident de voiture à l'âge de 50 ans.

Votre mère vit toujours, elle a 80 ans et elle a de l'insuffisance cardiaque.

Habitudes

Vous fumez 1 paquet de cigarettes par jour depuis 40 ans.

Vous buvez 1 à 2 verres de vin rouge par jour avec les repas.

Vous ne prenez pas de médicament.

Vous ne faites pas de sport hormis un peu de marche à pied.

ANAMNESE : QUESTIONS A POSER PAR LES ETUDIANTS

1. Anamnèse de la douleur (elle doit permettre d'identifier les caractéristiques typiques de l'insuffisance artérielle des membres inférieurs) :

- Localisation (*mollet*)
- Irradiation (*remonte vers la cuisse*)
- Intensité
- Qualité/type de douleur (*crampe*)
- Facteur déclenchant (*marche, effort*)
- Facteur aggravant (*montée*)
- Facteur soulageant (*arrêt*)
- Décours temporel (*caractère répétitif, disparition rapide en 1 à 2 minutes*) -> *phénomène chronique ou aigu (apparition brutale ou progressive)*
- Evolution (*aggravation, diminution du périmètre de marche*)

2. Symptômes associés/déterminer le degré de sévérité :

- Impact fonctionnel sur la vie de tous les jours
- Apparition des douleurs en position couchée/membre surélevé (réveil nocturne) -> ischémie de repos
- Pâleur, trouble de la trophicité des extrémités, ongles)

3. Facteurs de risque cardio-vasculaires :

- Antécédents personnels : HTA, hypercholestérolémie, diabète (depuis quand, quels traitements ?), surpoids
- Antécédents familiaux : Infarctus du myocarde, mort subite, AVC
- Habitudes : Tabagisme (quantifier !), alimentation, activité physique

ANNEXE

L'anamnèse (avec les données de l'examen physique) doit permettre de classifier la douleur en stades 1 à 4 selon la classification de Leriche et Fontaine :

- Stade 1 : Patient asymptomatique
- Stade 2 : Claudication artérielle (invalidante/non invalidante dans la vie quotidienne)
- Stade 3 : Douleur au repos
- Stade 4 : Trouble de la trophicité

Les **5P** de l'insuffisance artérielle aiguë : Pain, Pulselessness, Pallor, Paresthesia, Paresia

EXAMEN CLINIQUE : A DEMONTRER PAR LE MONITEUR ET A PRATIQUER PAR LES ETUDIANTS (60 MIN) – SI LE TEMPS LE PERMET, REVOIR EGALEMENT L'EXAMEN CARDIAQUE (CF ECC CARDIOLOGIE)

Inspection

- Etat général du patient
- Téguments : Diminution de la pilosité, lésions trophiques, ulcérations
- Ongles : épaissement
- Plante des pieds, talons : atrophie
- Xanthélasma (signe d'hypercholestérolémie)
- Couleur jaune des doigts (tabagisme)

Palpation (bilatéralement)

- Température des extrémités
- Pouls carotidien
- Pouls brachial
- Pouls radial
- Pouls ulnaire
- Aorte abdominale
- Pouls fémoral
- Pouls poplité
- Pouls pédieux
- Pouls tibial postérieur
- Test d'Allen (perméabilité des artères radiale, cubitale, de l'arcade palmaire)

Auscultation : Souffles vasculaires

- Artères fémorales
- Aorte abdominale : sur la ligne médiane
- Artères rénales : latéralement, 2cm au-dessus de l'ombilic et au niveau lombaire
- Artères carotides
- Artères sous-clavières

Prise de la tension artérielle humérale dans le cadre d'un dépistage d'HTA :

- Patient en position assise, le bras appuyé à l'horizontale.
- 5 minutes de repos avant la mesure
- Palper le pouls brachial (zone pour placer la cloche du stéthoscope)
- Placer la partie gonflable du brassard en regard de l'artère humérale, environ 2 cm au-dessus du pli du coude (veillez à adapter la taille de la manchette à la taille du bras)
- Gonfler la manchette en palpant le pouls radial (montée suprasystolique de 20-30 mmHg)
- Placer la **cloche** du stéthoscope sur l'artère brachiale, dans la zone prédéfinie au point 3 (pas sous le brassard)
- Dégonfler **lentement** (environ 2 mmHg par seconde) la manchette à une vitesse constante, déterminer les valeurs systolique (apparition du premier bruit de Korotkoff) et diastolique (disparition complète du bruit) de la tension artérielle
- Faire de même sur l'autre bras.

A noter : La mesure de la tension artérielle est également primordiale pour l'évaluation hémodynamique d'un patient gravement malade (état de choc, hémorragie, sepsis etc.). Dans ces circonstances, ces consignes (temps de repos de 5 minutes, patient assis) ne s'appliquent bien entendu pas !