

# Les souffles cardiaques : *quelles sont leurs correspondances valvulaires?*



Arsène Basmadjian, MD, MSc, FRCPC, FACC

Présenté dans le cadre de la conférence : *Les journées annuelles du Département de Médecine, Université de Montréal, novembre 2007*

## Les cas de M. Jean et de Mme Smith

### M. Jean

M. Jean, un homme de 33 ans, se présente à son rendez-vous médical annuel. Il prétend être plus fatigué depuis plusieurs semaines. Il n'a pas d'antécédent médical particulier.

À l'examen, vous notez un souffle systolique 2/6 en parasternal gauche. Les bruits cardiaques sont normaux, et le reste de l'examen est normal.

### Mme Smith

L'après-midi de cette journée fort occupée, Mme Smith, une nouvelle patiente qui n'a pas eu de suivi médical depuis la retraite de son médecin, il y a plus de deux ans, vous consulte pour une dyspnée au moindre effort sévissant depuis quatre mois.

À l'examen, la tension artérielle est à 135/72 mmHg, la palpation carotidienne est diminuée, il y a un souffle systolique 3/6 au deuxième espace intercostal droit, et le deuxième bruit cardiaque est absent. Le reste de l'examen est sans particularité.

**Quel patient vous inquiète le plus?  
Quels seront votre bilan et votre conduite?**

## Les éléments caractérisant le souffle cardiaque

L'évaluation du patient avec souffle valvulaire requiert une approche systématique. Le souffle cardiaque se caractérise par :

- sa localisation (apex, parasternal, base)
- sa tonalité (haute, basse, musicale, râpeuse)
- son intensité (gradée de 1 à 6)
- sa durée (proto, méso, télé, holo)

## Les souffles systoliques et diastoliques

Un souffle cardiaque peut être systolique ou diastolique. Les souffles systoliques peuvent être fonctionnels (bénins) ou pathologiques, alors que les souffles diastoliques sont tous anormaux.

## Les éléments caractérisant les valvulopathies

Les valvulopathies se caractérisent par la valve atteinte (aortique, mitrale, tricuspide ou pulmonaire), la nature de l'atteinte (sténose, insuffisance ou mixte), la pathologie valvulaire spécifique (c.-à-d. sténose aortique

calcifiée, sténose mitrale rhumatismale, prolapsus avec insuffisance mitrale) et leurs conséquences hémodynamiques (hypertrophie, dilatation ou dysfonction ventriculaire gauche, symptômes d'insuffisance cardiaque, hypertension pulmonaire).

## Les types de valvulopathies selon le souffle cardiaque perçu

### Les souffles bénins

De façon générale, les souffles bénins sont plus fréquents chez les jeunes patients qui n'ont pas de symptômes spécifiques et dont le reste de l'examen physique est normal. Le deuxième bruit cardiaque est préservé avec un dédoublement physiologique (dédouble à l'inspiration et unique à l'expiration).

Le souffle bénin est systolique (entre le premier et deuxième bruits), disparaît en position assise et est de faible intensité (1-2/6).

### La sténose aortique

Un deuxième bruit diminué associé à un souffle systolique crescendo/decrescendo doit nous faire soupçonner la présence d'une sténose aortique. Si le même patient a une diminution de la pulsation carotidienne avec de la dyspnée, des

lipothymies ou des douleurs thoraciques, il faut penser que cette sténose aortique est grave et mérite une évaluation urgente.

*Un souffle de haute tonalité qui occupe toute la systole (holosystolique), et qui est maximal à l'apex, suggère la présence d'une insuffisance mitrale.*

### L'insuffisance mitrale

Un souffle de haute tonalité qui occupe toute la systole (holosystolique), et qui est maximal à l'apex, suggère la présence d'une insuffisance mitrale. Si ce souffle débute en mid-systole et est précédé d'un clic (bruit sec et bref), l'insuffisance est probablement due à un prolapsus mitral.

### L'insuffisance tricuspидienne

Le souffle d'insuffisance tricuspидienne est holosystolique et doux, maximal en parasternal, augmenté à l'inspiration et associé à des veines jugulaires distendues.

### La sténose mitrale

Il est toujours anormal d'avoir un souffle diastolique. Le souffle de sténose mitrale est appelé « roulement diastolique », car il est de

Le **Dr Basmadjian** est professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal. Il est cardiologue et chef du service d'échocardiographie et cardiologie non invasive de l'Institut de Cardiologie de Montréal.

basse tonalité et perçu à l'apex avec la cloche du stéthoscope chez le patient en décubitus latéral gauche. Il est associé à un premier bruit qui est fort et un claquement d'ouverture qui suit le deuxième bruit et précède le roulement.

### **L'insuffisance aortique**

Le souffle d'insuffisance aortique est décroissant dès le début de la diastole (immédiatement après le deuxième bruit). Il est maximal en parasternal et mieux perçu en position assise. La différentielle de la tension artérielle est augmentée dans l'insuffisance aortique grave.

## **L'investigation du patient avec un souffle cardiaque**

### **Le questionnaire et l'examen physique**

Le questionnaire et l'examen physique avec une approche systématique sont les éléments clés afin de déterminer si un souffle cardiaque est sérieux ou bénin.

L'examen inclut non seulement l'évaluation des souffles, mais aussi :

- la palpation carotidienne
- l'inspection des veines jugulaires
- la palpation précordiale
- la description des bruits cardiaques

### **L'outil diagnostique**

Alors que la radiographie pulmonaire et l'épreuve d'effort peuvent jouer un rôle,

l'échocardiographie transthoracique est l'outil diagnostique principal dans l'évaluation des valvulopathies. Cet examen non invasif permettra un diagnostic précis de la valvulopathie, de sa gravité et des répercussions sur les ventricules et la pression pulmonaire.

*Alors que la radiographie pulmonaire et l'épreuve d'effort peuvent jouer un rôle, l'échocardiographie transthoracique est l'outil diagnostique principal dans l'évaluation des valvulopathies.*

### **L'évaluation spécialisée**

Règle générale, les valvulopathies qui méritent une évaluation en spécialité sont celles modérées à graves, associées à des symptômes (c.-à-d. la dyspnée, l'angine et la syncope) ou qui occasionnent une dysfonction ventriculaire ou une hypertension artérielle pulmonaire.

La sténose aortique symptomatique et les insuffisances aiguës méritent une évaluation urgente. L'endocardite est une complication rare mais potentiellement mortelle des valvulopathies.

Les patients avec une prothèse valvulaire, une cardiopathie congénitale complexe ou avec un antécédent d'endocardite sont à plus haut risque et méritent une antibioprofylaxie.

## Retour sur les cas de M. Jean et Mme Smith

### M. Jean

M. Jean a probablement un souffle cardiaque bénin. Si le bilan sanguin et la radiographie pulmonaire sont normaux, l'épreuve d'effort et l'échocardiographie pourraient même être omises.

### Mme Smith

De toute évidence, Mme Smith a une sténose aortique grave symptomatique qui mérite une échocardiographie et une consultation urgentes en cardiologie. L'échocardiographie confirmera le diagnostic, et le bilan inclura une coronarographie préopératoire. Mme Smith sera aussitôt adressée en chirurgie de remplacement valvulaire aortique.

## À retenir...

Il faut se souvenir :

- De l'importance de la clinique et de l'examen physique avec une approche systématique.
- De l'échocardiographie qui est l'outil paraclinique diagnostique principal.
- D'adresser rapidement le patient lorsque la maladie est grave et symptomatique.
- D'adresser les atteintes modérées pour des recommandations de suivi et un traitement.
- De l'antibioprophylaxie pour prévenir l'endocardite bactérienne chez les sujets à haut risque.

## Le traitement des valvulopathies graves

Le traitement définitif des valvulopathies graves est la correction chirurgicale. Les techniques chirurgicales modernes permettent, chez certains, de préserver la valve native en la réparant, ce qui évite la présence de matériel extrinsèque (prothèse) et améliore généralement le pronostic et l'évolution du patient.

Des nouvelles techniques percutanées pratiquées au laboratoire de cathétérisme cardiaque existent déjà ou sont à l'étude et peuvent permettre d'éviter une chirurgie chez les patients dont le risque opératoire est considéré comme étant élevé ou prohibitif.

## La gestion médicale de la valvulopathie

La gestion médicale se résume à la prévention des complications, le suivi clinique et échocardiographique, dont la fréquence varie selon la pathologie et sa gravité, et à déterminer la synchronisation optimale pour une intervention. 