

LES SOUFFLES CARDIAQUES

Congrès SASPAS : 07 octobre 2014

Delphine BELIN

Souvent découverte de façon fortuite au cours de l'examen clinique systématique en médecine générale, le souffle cardiaque est très fréquent.

La difficulté est de différencier un souffle organique d'un souffle fonctionnel et donc de la nécessité ou non d'examen complémentaires.

En effet, un pourcentage élevé de patients adressés en raison d'un souffle systolique, est porteur d'un souffle cardiaque fonctionnel et l'anatomie cardiaque est normale. Une auscultation minutieuse, associée à une anamnèse et un examen clinique ciblé permet souvent, en particulier chez les jeunes patients, de reconnaître un souffle fonctionnel, et donc d'éviter des dépenses inutiles par la réalisation d'une échographie cardiaque.

Définitions

Un **souffle systolique** survient entre B1 et B2. Il existe plusieurs types de souffles systoliques :

- *Holosystolique* : commence avec B1 et dure pendant toute la systole
- *Mésosystolique* : commence après B1 et termine avant B2
- *Protosystolique* : s'il occupe le début de la systole
- *Télesystolique* : s'il occupe la fin de la systole

La prévalence des souffles systoliques varie selon la classe d'âge allant jusqu'à 50% chez les enfants.

Caractéristiques d'un souffle systolique fonctionnel (bénin) :

- Faible intensité : 1 ou 2/6
- Protomésosystolique
- Isolé
- Pas de souffle diastolique associé
- Timbre musical ou vibratoire piaillant
- Faible irradiation
- Pas d'autre signe d'atteinte cardiaque : auscultation carotidienne, pas de signe d'atteinte droite jugulaire
- ECG et radio thoracique normaux
- Chez l'enfant : souffle variable selon la position, la respiration, le moment de l'examen et les consultations !

Un **souffle diastolique** survient entre B2 et B1. Il est toujours pathologique et reflète une anomalie de l'anatomie ou de la fonction cardiaque.

Un **souffle continu** est lui aussi révélateur d'une anomalie cardiaque.

L'**intensité** d'un souffle cardiaque est exprimée en sixième selon la classification suivante :

- **1/6** : très faible nécessite le silence dans la pièce et un observateur expérimenté
- **2/6** : Faible mais facilement perçu avec le stéthoscope
- **3/6** : moyen bruit assez fort mais nécessitant une auscultation au stéthoscope
- **4/6** : fort avec frémissement, entendu avec uniquement le rebord du stéthoscope posé sur le thorax
- **5/6** : très fort entendu avec le stéthoscope situé à distance du thorax
- **6/6** : entendu à distance du thorax, sans stéthoscope

Indications à l'échographie cardiaque

L'échographie est un moyen simple de détection d'une anomalie cardiaque peu coûteuse et peu invasive.

L'échographie est indiquée si :

- Souffle diastolique ou continu
- Souffle holosystolique ou télésystolique
- Intensité importante : à partir de 3/6
- ECG ou Radio thoracique anormale (surtout chez la personne > 50 ans)
- patients symptomatiques (dyspnée, douleur thoracique, signe clinique d'atteinte cardiaque droite ou gauche)
- Age > 70 ans (facteur prédictif de mortalité)

Particularités chez l'enfant

L'**interrogatoire** recherche les antécédents personnels (grossesse/naissance, bronchites à répétition), les antécédents familiaux (malformations ou anomalies génétiques associées...).

L'âge d'apparition du souffle et la courbe staturo pondérale sont également des éléments importants à rechercher.

L'**examen clinique** doit rechercher une dyspnée, une cyanose, la présence des pouls fémoraux et une dysmorphie. Prendre la tension artérielle aux membres supérieurs et inférieurs.

Les caractéristiques et les causes de souffle fonctionnel varient selon l'âge de l'enfant :

- **de la naissance à 3 mois** : souffle systolique sous claviculaire gauche : lié à une accélération du flux sur les branches pulmonaires en raison de la différence de calibre entre le tronc et les branches pulmonaires à cet âge.
- **de 2 à 6 mois** : souffle systolique piaulant, de l'endapex au foyer aortique, favorisé par l'anémie.
- **de 2 à 10 ans** : souffle continu latéro-sternal (= souffle veineux disparaissant à la position couchée) et souffle éjectionnel vers le foyer aortique.

Un souffle qui a toutes les caractéristiques de l'innocence ne demande aucune exploration complémentaire. Il faut **rassurer les parents sur la totale bénignité** de ces souffles.

Bibliographie

- 1) J. Boucharly L. Schlueter Revue médicale Suisse N°21, 25/05/05, « Souffle cardiaque et indications à l'échographie »
- 2) ACC/AHA Guidelines for Management of Patients With Valvular Heart Disease. JACC 1998;32:1486-588
- 3) Dr Soizic Paranon, DrYves Dulac et Pr Philippe Acar, 2008 « ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UN SOUFFLE CARDIAQUE DE L'ENFANT »
- 4) Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires, « Souffle cardiaque chez l'enfant », UMFV 2011-2012