

	Conditions d'auscultation							Explication physiopathologique :
		Chronologie	Topographie	Intensité	Qualité	Facteurs de variation	Signes auscultatoires d'accompagnement	
Insuffisance mitrale	Décubitus latéral gauche	- Souffle holosystolique, - en plateau, débutant dès B1, d'emblée maximum, et couvrant B2. - disparition B1	- A l'apex (foyer mitral), - irradiant dans l'aisselle, parfois dans le dos si intense.	- Variable, souvent intense.	- En jet de vapeur, peut prendre un timbre musical.		- Signes d' insuffisance cardiaque gauche par surcharge de volume de remplissage, et droite par stase en amont - bruits du cœur souvent modifiés : - <u>B1</u> dur et claqué, ou au contraire affaibli - <u>B2</u> dédoublé, éclat au foyer pulmonaire si hypertension artérielle pulmonaire	- Turbulence de l'écoulement sanguin rétrograde (régurgitation) à travers la valve mitrale incompétente, pendant la systole.
Rétrécissement mitral	Décubitus latéral gauche, en expiration forcée, éventuellement après effort	- Roulement diastolique, - décroscendo-crescendo, à maximum proto et à renforcement télédiastolique.	- A l'apex (foyer mitral), - irradiant dans l'aisselle.	- Témoin de la sévérité de la sténose et du débit transvalvulaire, - parfois muet du fait de son caractère très serré ou du bas débit transvalvulaire.			- Signes d' insuffisance cardiaque gauche par obstacle au remplissage ventriculaire en aval, et droite par stase en amont - succession de bruits : 1. <u>éclat du B1</u> du à la fermeture de la valve mitrale indurée, réalisant un bruit sec, dur 2. puis <u>silence normal</u> , correspondant à la systole, <u>B2 normal</u> 3. puis <u>claquement d'ouverture de la mitrale</u> 1 + 2 + 3 + roulement diastolique = syndrome de Duroziez	- Turbulence de l'écoulement sanguin antérograde à travers la valve mitrale resserrée, pendant la diastole, - renforcée en fin de diastole, lors du remplissage actif du ventricule gauche (systole auriculaire) du fait de l'augmentation du débit sanguin.

Rétrécissement aortique		<ul style="list-style-type: none"> - Souffle systolique, - losangique, débutant après B1, crescendo à maximum méso-systolique, puis décroscendo s'arrêtant avant B2. 	<ul style="list-style-type: none"> - A l'extrémité interne du 2^{ème} espace intercostal (foyer aortique), - irradiant vers les vaisseaux du cou, parfois vers l'apex. 	<ul style="list-style-type: none"> - Témoin de la sévérité de la sténose et du débit transvalvulaire, - souvent de forte intensité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rude, rapeux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmente après les diastoles longues (car augmentation du volume de remplissage ventriculaire → donc du volume d'éjection systolique pour une même durée de systole → donc du débit éjectionnel à travers l'orifice aortique), succédant à des extrasystoles, - ou au cours d'une arythmie complète 	<ul style="list-style-type: none"> - Signes d'insuffisance cardiaque apparaissent tardivement - bruits du cœur : <ul style="list-style-type: none"> ① B1 le plus souvent normal, parfois diminué ② B2 souvent diminué, voire aboli si <i>sténose serrée</i> - <u>clac protosystolique</u> (à l'endapex) d'ouverture des sigmoïdes aortiques sous plus forte pression - <u>dédoublment du B2</u> (à la base) par fermeture retardée des sigmoïdes aortiques du fait de l'allongement du temps d'éjection si RA erré. 	<ul style="list-style-type: none"> - Turbulence de l'écoulement sanguin antérograde à travers la valve aortique resserrée, pendant l'éjection systolique, - le profil d'intensité suit le débit éjectionnel (car plus le débit augmente, plus l'écoulement est turbulent et donc audible).
Insuffisance aortique	En apnée post expiratoire, en position assise penchée en avant	<ul style="list-style-type: none"> - Souffle diastolique, - décroscendo, débutant immédiatement après B2, maximal d'emblée, puis diminue au cours de la diastole, sans atteindre B1. 	<ul style="list-style-type: none"> - Au foyer aortique et au bord gauche du sternum. 	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent d'intensité modérée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doux, humé, aspiratif. 		<ul style="list-style-type: none"> - Signes d'insuffisance cardiaque apparaissent rapidement - bruits du cœur : <ul style="list-style-type: none"> ① B1 normal, ② B2 normal ou diminué - <u>souffle systolique d'accompagnement</u> par rétrécissement aortique « fonctionnel » - <u>roulement télédiastolique de Flint</u> (au foyer mitral) par rétrécissement mitral fonctionnel lié au jet de régurgitation 	<ul style="list-style-type: none"> - Turbulence de l'écoulement sanguin rétrograde (régurgitation) à travers la valve aortique incompétente, pendant la diastole.

								<i>aortique sur la valve mitrale.</i>	
Frottement péricardique		<ul style="list-style-type: none"> - Respecte les bruits du cœur, - rythmé par les bruits du cœur et non rythmé par la respiration (≠ <i>frottement pleural</i>), - unique : mésosystolique ou mésodiastolique, - ou double : systolo-diastolique (bruit de va-et-vient caractéristique) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bruit superficiel, - de siège méso-cardiaque, - habituellement localisé, n'irradie pas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intensité variable (++) - intense, rugueux, « comme le cuir neuf », - ou discret, doux, « comme le froissement de la soie ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Sec, de timbre aigu et bref. 	<ul style="list-style-type: none"> - Persiste en apnée (≠ <i>frottement pleural</i>), - variable (+++) : selon la pression du stéthoscope, la position du malade, d'un examen à l'autre, - fugace : pouvant durer quelques jours à quelques heures. 	<ul style="list-style-type: none"> - ± tachycardie, assourdissement des bruits du cœur. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Inflammation du sac péricardique (= péricardite), que la péricardite soit sèche ou s'accompagne d'un épanchement, habituellement peu abondant.</i> <i>Attention : Peut disparaître lorsque :</i> - <i>l'épanchement disparaît</i> - <i>ou au contraire augmente (le liquide sépare alors franchement les 2 feuillets péricardique).</i> 	