



Douleur thoracique ?!

INTRODUCTION

La douleur thoracique est une cause très fréquente de consultation médicale. Il s'agit donc d'un symptôme courant qui pose le problème de son étiologie extrêmement variée mais dominée en raison de leur gravité potentielle par les causes cardiovasculaires et en priorité par l'insuffisance coronaire, puis par ordre de fréquence l'embolie pulmonaire et la dissection aortique.

Si les douleurs thoraciques aiguës dans leurs formes typiques permettent d'évoquer rapidement une étiologie spécifique. Il ne faut pas méconnaître la grande fréquence des formes atypiques....



INTERROGATOIRE

- L'interrogatoire du patient est une étape essentielle dans l'orientation diagnostique. On fera préciser :
- Le type de douleur (oppressive, brûlure, écrasement, pincement, etc....)



Si l'un des ces 3 gestes est utilisé par le patient pour décrire la douleur
La probabilité qu'elle soit d'origine cardiaque est de 77 %

B. Med. J., 1995, 311: 1660-1661

- Le mode de déclenchement (spontanée, à l'effort ou équivalent, postural)
- L'horaire (fixe ou non, au cours du jour ou de la nuit)
- La durée et l'intensité (heure de début, paroxysmes éventuels)
- L'ancienneté et l'évolution (aiguë ou chronique)
- La sensibilité éventuelle à la trinitrine
- La topographie (punctiforme, rétro sternale, basithoracique)
- Les irradiations éventuelles (membres supérieurs, mâchoire, dos)
- Leur reproduction éventuelle à la palpation (→ origine pariétale)
- Les signes d'accompagnement éventuels (dyspnée, palpitations, cyanose, malaise, transpiration, fièvre, troubles digestifs).
- Les attitudes antalgiques éventuelles ou la réponse à tel ou tel antalgique

ORIGINE D'UNE DOULEUR THORACIQUE

L'origine peut être :

- Cardio-vasculaire
- Pleuro-pulmonaire
- Médiastinale (cœur et gros vaisseaux exclus)
- Pariétale
- Extra-thoracique (étage sous diaphragmatique)
- Sans substrat physique (psycho-somatique)

DOULEURS D'ORIGINE CARDIO-VASCULAIRE

L'insuffisance coronaire

Elle est la cause majeure, incontournable des douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire. L'examen clinique et l'interrogatoire permettent souvent de confirmer un terrain prédisposant avec des antécédents personnels ou familiaux et des facteurs de risques associés comme l'hypertension, le diabète, le tabagisme, une dyslipidémie ou une obésité. On parle du syndrome coronarien aigu (ACS pour Acute Coronary Syndrome) qui comprend essentiellement l'angor et l'infarctus du myocarde.

a) Angor stable

C'est l'angine de poitrine ou angor qui dans sa forme typique correspond à une douleur rétro sternale, oppressive, irradiant dans les bras et les mâchoires, provoquée *par l'effort* et calmée par le repos et/ou la prise de trinitrine.

Elle correspond le plus souvent à des sténoses athéromateuses des artères coronaires mais peu se rencontrer également sur un réseau coronaire normal (→ angor fonctionnel: sténose aortique, anémie...). L'ECG de repos est généralement normal et l'épreuve d'effort confirme le diagnostic en reproduisant la douleur et en enregistrant fréquemment un sous-décalage du segment ST.

b) Angor instable

L'apparition de la douleur *au repos* évoque l'angor instable qui peut précéder l'évolution vers l'infarctus du myocarde. La douleur présente les mêmes caractéristiques que l'angor stable mais survient *au repos* (au contraire à l'angor stable où la douleur en relation avec l'effort) et impose une prise en charge en urgence.

L'ECG est l'élément essentiel du diagnostic et permet de distinguer les syndromes coronaires aigus avec ou sans sus-décalage du segment ST.

c) Infarctus du myocarde

Le diagnostic d'infarctus du myocarde repose sur l'interrogatoire (douleur thoracique prolongée > 30 min.) et un tracé ECG pathologique. On distingue selon l'aspect du segment ST à l'ECG un infarctus du myocarde aigu avec surélévation ST (*STEMI = ST elevation myocardial infarction*) ou un infarctus du myocarde aigu sans élévation ST (*NSTEMI = non-ST elevation myocardial infarction*). Selon la présence ou non présence de l'onde Q pathologique (large > 1 mm et profonde > 2 mm) à l'ECG on parle ainsi d'un infarctus avec ou sans onde Q.

Au niveau laboratoire (évidemment non disponible en phase extra-hospitalière) on note une augmentation des enzymes cardiaques (troponine, CK, CK-MB). Le risque vital impose une prise en charge médicalisée en urgence et l'objectif thérapeutique est l'ouverture artérielle dans les plus brefs délais en utilisant tous les moyens disponibles (PTCA = angioplastie coronaire transluminale percutanée en urgence, resp. thrombolyse).

L' Embolie pulmonaire



L'embolie pulmonaire signifie l'obstruction aiguë d'une artère pulmonaire.

L'obstruction est pratiquement toujours due à un caillot de sang (embolie) ou qui s'est formé dans une veine de la jambe ou de l'abdomen (veine cave inférieure) d'où il a migré avec la circulation sanguine dans l'artère pulmonaire. L'embolie peut également être provoquée par des particules de tumeurs, de graisse (lors de fractures libérant des particules de la graisse médullaire dans la circulation), des bulles d'air.

La douleur est brutale basi-thoracique, augmentée par les mouvements respiratoires et s'accompagne d'une dyspnée, d'une angoisse et parfois d'une syncope ou d'un état de choc en cas d'embolie massive. Le contexte est souvent évocateur avec un mauvais état veineux, un alitement prolongé, une intervention chirurgicale récente, un long voyage ou toute situation qui pourrait favoriser une thrombose veineuse des membres inférieurs. Il existe des scores de prédiction pour l'estimation de la probabilité clinique d'embolie pulmonaire (p.e. score de Genève qui prend en considération des antécédents d'embolie pulmonaire ou de la thrombose veineuse profonde, le rythme cardiaque, l'âge, une chirurgie récente, la gazométrie et la radiographie du thorax). L'ECG ne montre pas de signe d'ischémie évolutive, l'examen de labo peut montrer une augmentation des D-dimères.

Les D-dimères sont des produits de dégradation spécifiques de la fibrine (phase initiale du processus de coagulation) qui augmentent dans de nombreuses circonstances, en particulier lors de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire

La gazométrie peut retrouver une hypoxie associée classiquement à une hypocapnie. La radiographie pulmonaire est le plus souvent normale à la phase aiguë. Tous ces éléments doivent faire évoquer en association avec l'examen clinique le diagnostic d'embolie pulmonaire qui doit alors être confirmé par la réalisation d'une scintigraphie pulmonaire ou d'un angioscanner pulmonaire en urgence.

La dissection aortique

La douleur est très intense d'installation brutale antérieure ou postérieure (selon la localisation du segment aortique qui dissèque) avec souvent des irradiations dorsales et lombaires. Il peut s'agir de sujets à risques, de sujets hypertendus et athéromateux anciens ou de patients ayant un syndrome de Marfan.

(Le syndrome de Marfan est une maladie génétique, dominante autosomique avec une affection du tissu conjonctif. Il associe cliniquement de façon variable des signes squelettiques (grande taille, arachnodactylie, scoliose...), ophtalmologiques (ectopie du cristallin...), cardiologiques (dilatation ou dissection aortique, prolapsus valvulaire mitral), cutanés (vergetures), pulmonaires (pneumothorax spontané),...)

A l'examen, l'absence ou la diminution d'un pouls (pouvant témoigner de l'extension de la dissection sur une artère périphérique) peuvent faire évoquer le diagnostic, avec parfois dans certaines formes un souffle diastolique d'insuffisance aortique très évocateur s'il est récent. L'ECG est le plus souvent non contributif ; le diagnostic étant posé par le scanner qui permet en outre d'en définir le stade (indispensable pour choisir le traitement : chirurgical ou non).

Les douleurs péricardiques

1. La Péricardite aiguë

Il s'agit souvent d'un sujet jeune de sexe masculin qui dans un contexte infectieux se plaint d'une douleur thoracique antérieure vive souvent localisée, atypique pouvant irradier vers l'épaule ou le bras gauche, accentuée par l'inspiration profonde et soulagée par l'antéflexion du tronc. L'auscultation cardiaque peut mettre en évidence un frottement fugace dans le temps et dans l'espace. L'ECG peut montrer un sus-décalage ST ou des ondes T négatives dans toutes les dérivations. L'échographie cardiaque ne montre pas de trouble de la cinétique segmentaire et peut retrouver un épanchement péricardique. L'évolution est plus souvent simple sous aspirine mais la récurrence est fréquente. (cf. bulletin SMUR No 43)

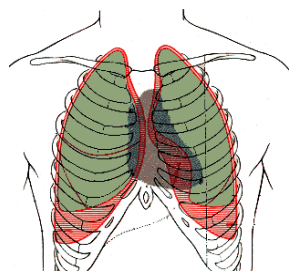
2. Le Syndrome de Dressler

Réaction péricardique avec syndrome fébrile survenant habituellement au-delà de la première semaine dans les suites d'un infarctus du myocarde étendu.

DOULEURS D'ORIGINE PLEURO-PULMONAIRE

Le parenchyme pulmonaire est faiblement innervé. La douleur est donc liée au contact pleural pariétal.

Une liste non-exhaustive des douleurs d'origine pleuro-pulmonaire est donnée à titre indicatif ci-dessous



Cf ci-contre : zone de projection de la plèvre pariétale

- Pneumothorax spontané : douleur aiguë brutale avec inhibition de la respiration en « coup de poignard » ; la dyspnée apparaît secondairement puis domine le tableau clinique. Une toux sèche soudaine est généralement notée. (contexte !)
- Pleurésie : douleur à type de point + dyspnée + toux
- Trachéo-bronchite aiguë : brûlure rétro-sternale avec toux sèche douloureuse
- Pneumonie : syndrome infectieux
- Douleur pleurale chronique : pachypleurite
- Tumeur pleurale : mésothéliome (rare)

DOULEURS D'ORIGINE MEDIASTINALE (CŒUR ET VAISSEAUX EXCLUS)

De nombreuses étiologies peuvent être citées :

- Reflux gastro-œsophagien
- Dysphagie
- Spasme œsophagien (douleur d'allure angineuse brève mais déclenchée par la déglutition)
- Tumeurs médiastinales (rarement symptômes aigus)
- Rupture œsophagienne (conditions de survenue évocatrices : vomissements ou compression brutale du haut abdomen)

DOULEURS D'ORIGINE PARIETALE

Douleur pariétale localisée, réveillée par la mobilisation active ou par la palpation douce.

- Musculaires ou squelettiques (arthralgie chondro-costale ou syndrome de Tietze, fractures costales, arthrite) (Le syndrome de Tietze dont l'origine est inconnue dans la majorité des cas, se caractérise par la survenue brutale (en quelques heures) de douleurs thoraciques aiguës ou suraiguës, qui siègent en règle au niveau des 2e ou 3e articulations chondro-costales ou chondro-sternales (en gros, à droite ou à gauche de la partie haute du sternum). Les douleurs sont en général très vives et sont majorées par la moindre mobilisation, comme le fait de bouger un bras ou même d'inspirer profondément. Par sa localisation de la douleur, il est nécessaire d'exclure au préalable un syndrome coronaire aigu.)
- Nerveuses : douleurs de type radiculaire avec topographie unilatérale, en bande, dirigée vers l'avant, impulsive à la toux avec parfois une zone d'hyperalgésie segmentaire.
 - peut précéder un ZONA
 - peut accompagner un tassement vertébral ou une localisation rachidienne métastatique

DOULEURS D'ORIGINE EXTRA-THORACIQUE

Ne pas méconnaître une douleur irradiée à partir de l'étage sous diaphragmatique ; dont les éléments évocateurs sont :

- Douleur vésiculaire : Siège dans l'hypocondre droit, irradiant à la base du thorax et dans le dos vers l'épaule droite. La palpation de l'hypocondre droit réveille la douleur qui inhibe l'inspiration profonde (Signe de Murphy)
- Douleur hépatique : Même localisation que la douleur vésicale, même irradiations réveillées par la palpation de l'hypocondre droit et la percussion de l'aire hépatique.
- Douleur pancréatique : Douleur profonde, continue, transfixiante irradiant en arrière et dans le dos
- Douleur gastro-duodénale : rythmée par les repas
- Douleur colique : S'accompagne de distension colique avec ballonnement abdominal
- Douleur rénale : est lombaire haute mais irradiée vers le bas et vers l'abdomen
- Douleur diaphragmatique (rare) : Douleur en bretelle avec hoquet (peut traduire un processus sus ou sous diaphragmatique)

La prise en charge pré hospitalière des douleurs thoraciques reste un problème fréquent avec un diagnostic différentiel large. Les décisions du pré-hospitalier sont essentiellement basées sur des éléments recueillis dans l'instant, alors que les schémas de traitement de nombreuses de ces pathologies reposent souvent sur une investigation radiologique ou de laboratoire voire sur une observation de quelques heures.

Parmi les causes possibles trois urgences vitales à envisager absolument en raison de leur implication vitale : l'infarctus, puis par ordre de fréquence l'embolie pulmonaire et la dissection aortique.