

CAT devant une douleur thoracique

-C'est une urgence diagnostique +/- thérapeutique car plusieurs causes engagent le pronostic vital

-Motif fréquent de consultation aux UMC :

- La cause la plus fréquente chez le patient à haut risque cardio-vasculaire : douleur coronarienne
- La cause la plus grave à court terme : la dissection aortique avec mortalité élevée liée aux conséquences hémorragiques et à l'ischémie étendue.

Démarche diagnostique face à une douleur thoracique :

1. Interrogatoire : terrain, douleur
2. Examen clinique
3. Examen paraclinique : ECG, TTX, autres

Interrogatoire :

A. Terrain :

- Antécédant du patient (maladie en particulier cardiologique, pulmonaire, digestive) ; personnels et familiaux
- Facteurs de risques cardio-vasculaires et thrombo-emboliques
- Traitement
- Mode de vie : tabac, alcool, toxique
- Contexte particulier : chirurgie récente, épisode infectieux récent, stress, traumatisme thoracique.

B. Douleur :

- Siège : Medio thoracique, latérale, basithoracique
- Type : constructive, brûlure, piquûre, coup de poignard
- Intensité
- Irradiations : mâchoire et membre supérieur gauche, dorsale, abdomen
- Heures, circonstances de début + mode évolutif (brutal ou progressif), durée
- Facteur déclenchant et aggravant (position, repas, respiration, postprandiale).
- Facteur atténuant et soulageant la douleur (douleur trinitro-sensible, position, antalgique)
- Signes associés : dyspnée, palpitations, syncope, pyrosis, nausées, vomissements, sueur, hématurie, toux...

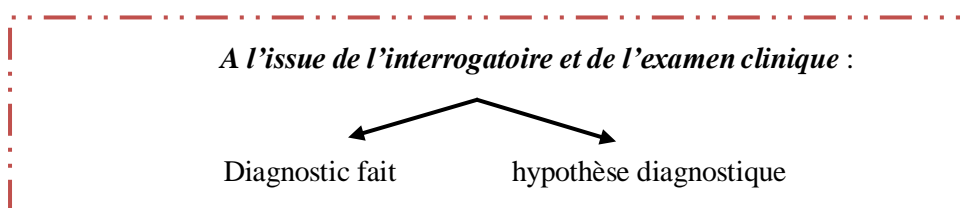
C. **Prise des constantes** : pression artérielle aux deux bras, pouls, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, température.

D. **Peau** : Signes d'hypoperfusion périphérique (cyanose, pâleur, marbrure, sueur, froideur des extrémités)

E. **Examen neurologique** : conscience, déficit sensitivo-moteur,

F. **Examen du thorax** : cardio pulmonaire (symétrie des amplitudes respiratoires, palpation, percussion ; auscultation cardio-pulmonaires attentive)

G. **Examen de l'abdomen** : inspection, palpation, percussion



Des examens paracliniques :

- ❖ ECG (sd coronaires aigu ST+/ST-, signes de CPA = tachycardie BBD S1Q3, péricardite)
- ❖ Radio pulmonaire (pathologie pleurale, parenchymateuse, médiastinale, signes direct/ indirect d'embolie pulmonaire)
- ❖ Autres (échographie cardiaque, biologie : troponine, d-dimères, FNS, CRP) angioscanner, fibroscopie digestive

Nombreuses causes possibles :

- Cause cardiaque
- Cause digestive
- Cause pulmonaire
- Cause pleurale
- Cause pariétale
- Cause psychogène.

Diagnostic parfois difficile

Orientation étiologique

Étiologies de douleurs thoraciques aiguës

Étiologies de douleurs thoraciques aiguës	
Pariétales	<ul style="list-style-type: none">▪ Post-traumatiques (osseuses ou musculaires).▪ Syndrome de Tietze (douleur de l'articulation chondrocostale ou sterno-costoclaviculaire).
Pleuro-pulmonaires	<ul style="list-style-type: none">▪ Pneumopathie infectieuse.▪ Pleurésie.▪ Pneumothorax.
Cardiaques: Péricarde Coronaires	<ul style="list-style-type: none">▪ Péricardite.▪ Angor d'effort.▪ Syndrome coronarien aigu.
Vaisseaux médiastinaux	<ul style="list-style-type: none">▪ Dissection aortique.▪ Embolie pulmonaire.
Digestives	<p>Œsophage: RGO, œsophagite, spasme, Sd MW. Estomac: UGD. Autres: LV, pancréatite aiguë.</p>
Diagnostics d'élimination	<ul style="list-style-type: none">▪ Douleurs psychogènes.▪ Douleurs fonctionnelles.

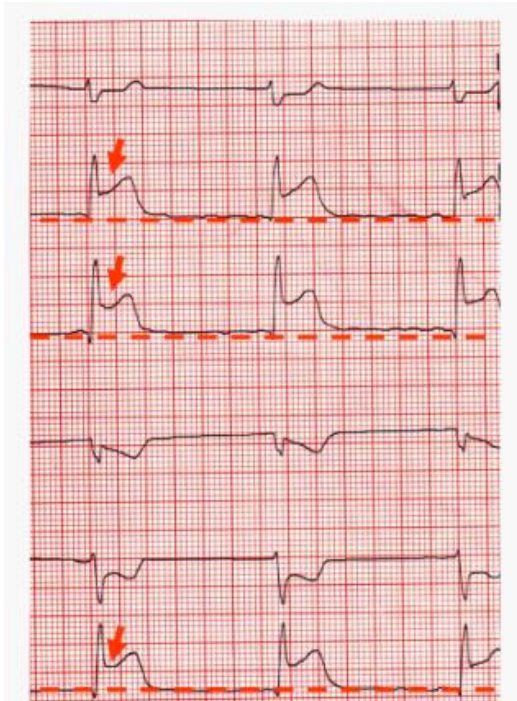
Douleur thoracique d'origine coronaire :

Angine de poitrine :

- Construction ou brûlure.
- De siège rétro sternal ou en barre medio thoracique
- Souvent irradiation vers l'épaule gauche et la face interne du bras gauche plus rarement à l'épaule droite et à la fesse interne du bras droit ou encore dans le dos
- Irradiation aux angles de la mâchoire inférieure est évocatrice
- La crise d'angor est de durée brève inférieure à 15 minutes, trinitro-sensible en sublinguale.
- Lien avec l'effort très évocateur : la douleur est déclenchée par un effort et cède à l'arrêt de l'effort
- Parfois des manifestations digestives sont associées
- ECG normal, troponine 0
- Oxygène, morphine, aspirine, => adaptation trt cardio

Syndrome coronarien aigu :

- Douleur identique à celle de l'angor
- Douleur intense, souvent intolérable avec angoisse et sensation de mort imminente
- Mêmes irradiations
- Durée prolongée (plus de 20 ') résistance à la nitroglycérine sublinguale.
- **ECG :**
 - Sus décalage du segment ST ;
 - Ou un sous décalage ST horizontale ou descendant $> 0,5$;
 - Ou inversion de l'onde T $> 1-2\text{mm}$;
 - Dans un territoire systématisé = (> 2 dérivations contigües)
- **Troponines :**
 - Elévation initiale : 3-12h.
 - Pic à 24h.
 - Retour à la normale : 5-10j.
 - Important d'observer la cinétique si tropo – à l'admission => répéter 3-6h plus tard.
- **PEC initiale :**
 - Oxygène, morphine, aspirine.
 - Etablir un Dc dans les 10minutes de l'arrivée du patient à l'hôpital => ECG + Troponines
 - **ST+ :**
 - $< 120\text{min}$ de début de la douleur thoracique => PCI primaire
 - $> 120\text{min}$ de début de la douleur thoracique => Thrombolyse dans les 10min de son arrivée, jusqu'à 2h puis PCI secondaire.
 - **Non ST+ : ST- et T- :**
 - La stratification de risque est une étape essentielle dans sa prise en charge : score de GRACE et score de TIMI.
 - Le score de TIMI est le plus facile à utiliser en urgence.



Score TIMI pour le SCA non ST+: chaque item coté 1point

- Âge $\geq 65\text{ans}$
- ≥ 3 facteurs de risque
- Maladie coronarienne connue (sténose $\geq 50\%$)
- Prise d'aspirine dans les 7 jours
- Plus d'un épisode d'angor dans les 24 dernières heures
- CK-MB ou troponine positives
- Modification du segment ST $> 0,5\text{ mmV}$

LA STRATIFICATION DU RISQUE : Mortalité à J14

1 point :	5 %
2 points :	8 %
3 points :	13 %
4 points :	20 %
5 points :	26 %
6 points :	41 %

Risque très élevé :

- Instabilité hémodynamique, ICA, ischémie récidivante et réfractaire, arythmie ventriculaire
=> Coronarographie urgente < 2h +TRT médical (2 antiplaquettaire + anti coagulation) après évaluation de risque hémorragique du patient.

Risque élevé :

- Troponine +, ECG +, TIMI > 3
=> Coronarographie < 24h +TRT médical (2 antiplaquettaire + anti coagulation) après évaluation de risque hémorragique du patient.

Risque Intermédiaire :

- ATCD de PAC ou PCI, IM, Dysfonction VG, IRC
=> Coronarographie < 72h +TRT médical (Aspirine + anti coagulation) rajout d'un antiplaquettaire après évaluation de risque hémorragique du patient.

Douleur thoracique d'origine cardiaque extra coronaire :

Péricardite :

- 2 caractères d'orientation à l'interrogatoire :
 - Atténuation par la position penchée en avant
 - Augmentée à l'inspiration
- Examen clinique trouve : frottement péricardique, bruits du cœur assourdis, fièvre modérée
- ECG : sus décalage diffus concave vers le haut du ST, sous décalage du segment PQ ,parfois micro voltage diffus

Dissection aortique :

- L'interrogatoire recherche :
 - Douleur souvent brutale qui évoque un infarctus
 - Déchirure antéro-postérieure
 - Irradiation dorsale, pouvant descendre dans les lombes (suit la progression de la DA)
- L'examen clinique : la douleur est associée à :
 - Modification des pouls périphériques
 - Asymétrie tensionnelle
 - Parfois un souffle d'insuffisance aortique
- **TTX** : +/- élargissement du médiastin
- **ETT** : dc positif et topographique et des complications
- **Angio TDM thoracique**

Embolie pulmonaire :

- L'interrogatoire retrouve :
 - Douleur latéro-thoracique ou basithoracique
 - Point de côté, parfois un coup de poignard
 - Augmentée à l'inspiration.
 - Signes d'accompagnement : dyspnée brutale, polypnée, toux, hémoptysie.
- L'examen clinique :
 - Tachycardie, éclat du B2 au foyer pulmonaire ;
 - Signe d'ICD (RHG, HPMG, turgescences des jugulaires), signes de phlébite ...
- ECG : Signes de CPA (tachycardie sinusale, déviation axiale à Droite, aspect SIQIII, BBD, ondes T- dans les dérivations Droites.
- TTX : signes non spécifiques : atélectasie, épanchement pleural, surélévation de la coupole diaphragmatique.

SCORES DE PROBABILITE CLINIQUE

Score de Wells	Score de Wicki (Genève)
- ATCD de TVP ou EP + 1,5	- ATCD de TVP ou EP + 2
- Pouls > 100/mn + 1,5	- Pouls > 100/mn + 1
- Chirurgie/immobilisation récente + 1,5	- Chirurgie récente + 3
- Signes de TVP + 3	- 60 < âge < 79 ans + 1
- Absence d'alternative Δic + 3	- âge > ou = 80 ans + 2
- Hémoptysie + 1	- Pa CO ₂ < 4,8 kPa + 2
- Cancer + 1	- 4,8 < Pa CO ₂ < 5,19 + 1
	- PaO ₂ < 6,5 kPa + 4
	- 6,5 < PaO ₂ < 7,99 + 3
	- 8 < PaO ₂ < 9,49 + 2
	- 9,5 < PaO ₂ < 10,99 + 1
	- Atélectasie + 1
	- Surélévation coupôle + 1
Score = 0-1 Probabilité faible	Score = 0-4 Probabilité faible
Score = 2-6 Probabilité moyenne	Score = 5-8 Probabilité moyenne
Score = 7 Probabilité forte	Score > = 9 Probabilité forte

CRITERES DE GRAVITE Embolie Pulmonaire

Critères de gravité majeure (état de choc)

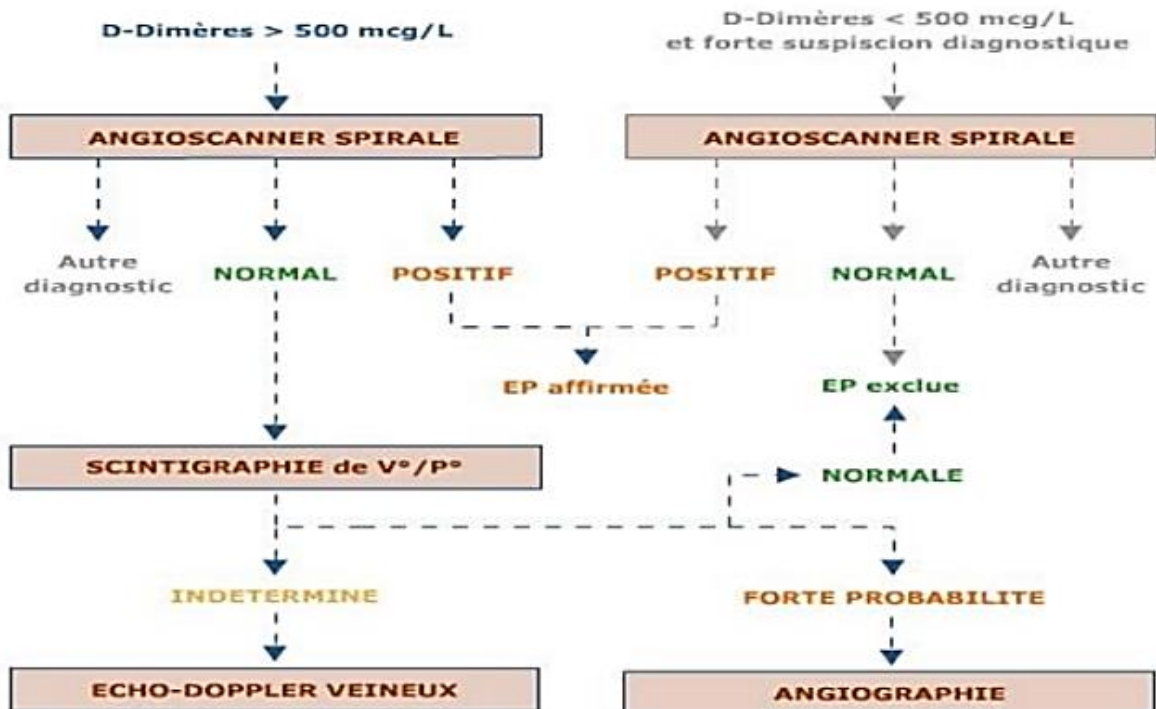
- PAS < 90 mmHg et PAD < 60 mmHg
- Utilisation de drogues vasoactives
- Marbrures

Critères de gravité mineure

- Turgescence jugulaire
- Syncope
- Cyanose en FiO2 21%
- Tachycardie > 120/mn en l'absence de fièvre
- Extrémités froides
- PaO2 < 60 mmHg en FiO2 21%

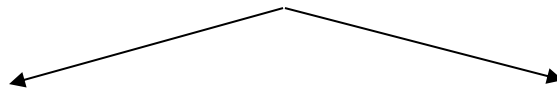
Hospitalisation en réanimation en présence d'au moins un critère de gravité majeure ou de deux critères de gravité mineure.

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE Suspicion d'Embolie Pulmonaire



Stratégies thérapeutiques

Il faut distinguer 2 situations cliniques



1) Les EP Graves mettant immédiatement en jeu le pronostic vital

=> Tableau de choc cardiogénique :

=> Stabiliser le patient :

- Remplissage prudent ;
- Support hémodynamique,
- Oxygénation ;
- Thrombolyse

2) Les EP non immédiatement graves.

=> Le traitement essentiel est la mise en route des anticoagulants :

Dans cette indication d'EP non grave, une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) possède l'AMM :

- La Tinzaparine (Innhoep ®) en une seule fois par jour en SC.

- La dose standard est de 175 UI/Kg/j
- Ou autre molécule HBPM disponible à dose curative.

Douleur thoracique d'origine extracardiaque

Causes pariétales :

- Post traumatique : Contusion, fractures de côtes.
- Syndrome de Tietze (douleur de l'articulation chondrocostale ou sterno costo claviculaire).

Causes pleuropulmonaires :

- Pneumopathie infectieuse : le contexte évocateur, associant des signes d'infection, une toux +/- expectoration et des anomalies à l'auscultation.
- Pneumothorax :
 - Douleur aigue brutale avec inhibition de la respiration en coup de poignard puis tend à s'estomper ;
 - La dyspnée apparaît secondairement puis dominée le tableau clinique.

NB : PNO complet droit = pas de retentissement sur hématoxe respiratoire

- Pleurésie : épanchement pleural dans un contexte infectieux



PFLA du lobe sup droit



Pneumothorax droit complet



épanchement pleural

Causes digestives :

- Œsophage : œsophagite, RGO, spasme œsophagien, syndrome de Mallory Weiss
- Estomac : ulcère gastroduodénal
- Autres : lithiase vésiculaire, pancréatite aiguë

Cause psychogène :

- Douleurs de localisation variable d'un épisode à l'autre, d'un interrogatoire à l'autre
- Caractères atypiques : douleurs ponctiformes, en coup d'aiguille, brèves... ou permanentes...patient angoissé...