

CAT devant une douleur thoracique

Dr H.FOUDAD

I. Introduction :

- **Douleur thoracique** = signe fonctionnel.
- **En cardiologie** : 30% des motifs de consultation.
- **Origines possibles**: cardiaque, pulmonaire et pleurale, ostéo-articulaire, cutanée, digestive, psychogène.

II. Douleur d'origine cardiaque:

- Insuffisance coronaire : IDM , Angine de poitrine.
- **P**éricardite aiguë. **PIED**
- **D**issection aortique.
- **E**mbolie pulmonaire.

A-Insuffisance coronaire : Soupçonnée sur la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire : HTA, diabète, tabac, dyslipidémie ,obésité, Age –sexe masculin-coronaropathie familiale.

1.Angine de poitrine ou angor stable :

- Douleurs rétro sternale, constrictive, irradiant vers les mâchoires et bras, survenant à l'effort et cédant au repos ou à la prise de **trinitrine**.
- L'ECG de repos est le plus souvent normal, **L'épreuve de l'effort** établit le diagnostic en reproduisant la douleur et induit un sous décalage du segment ST.
- Lorsque cette douleur apparaît au repos, il peut s'agir d'un angor instable, pouvant évoluer vers un infarctus du myocarde.

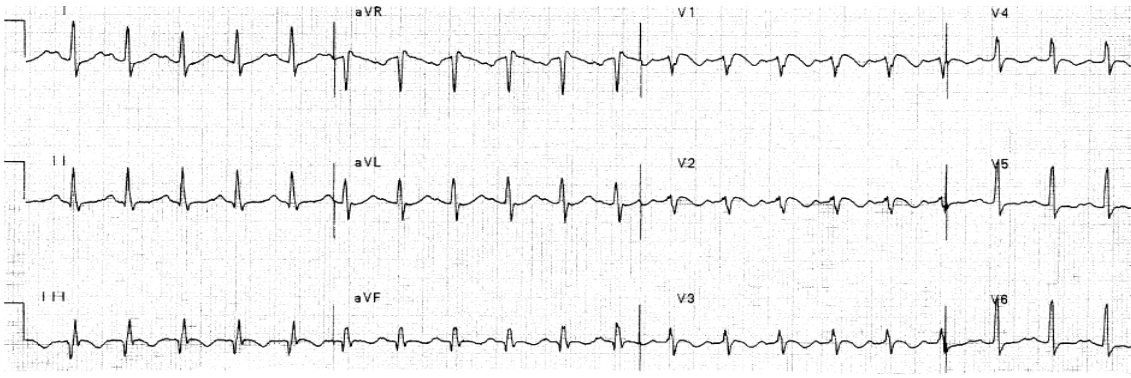
2.L'infarctus du myocarde :

- La douleur est la même, mais plus marquée, atroce, torturant le malade , persistante, elle peut s'associer à une dyspnée, des sueurs, voire un état de choc.
- L'ECG met en évidence une onde de pardee.
- La prise en charge actuelle tend à la désobstruction coronaire urgente soit par thrombolyse, soit par angioplastie.

B-L'embolie pulmonaire :

- La douleur est basi-thoracique, brutale , dyspnéisante (polypnée) augmentant avec les mouvements respiratoires .
- Elle peut s'associer à une angoisse ou parfois à un état de choc avec perte de connaissance lorsque l'embolie est massive
- Le diagnostic est suggéré dans certaines situations : **Post partum , post abortum ; Chirurgie Alitement prolongé ; Varices des membres inférieurs ; Troubles de la coagulation.**
- La radiographie thoracique est le plus souvent normale au début .On retrouve plus souvent :
 - ✓ des signes en rapport avec la **bronchoconstriction** : atélectasies surélévation d'une coupole diaphragmatique (du côté de l'EP)
 - ✓ des signes en rapport avec **l'infarctus pulmonaire** : opacité périphérique, systématisée, non rétractile
 - ✓ des signes en rapport avec **une irritation pleurale** : émoussement d'un cul-de-sac pleural, voire épanchement plus abondant

- L'ECG peut être normal, ou objective une tachycardie, un bloc de branche droit, un aspect S1 Q3 (dextro rotation du cœur) et des troubles de la repolarisation à droite

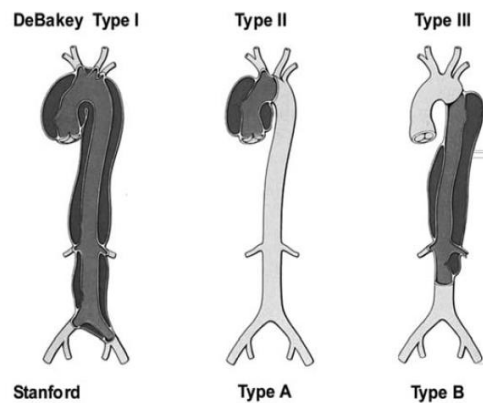
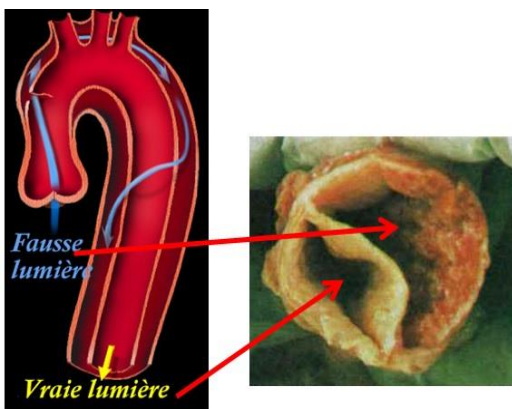


- Si le contexte est évocateur, l'exploration la plus performante est le scanner spiralé thoracique
- La scintigraphie pulmonaire est un peu moins performante, mais plus sensible dans les embolies distales.
- Les D dimères ont une valeur prédictive négative

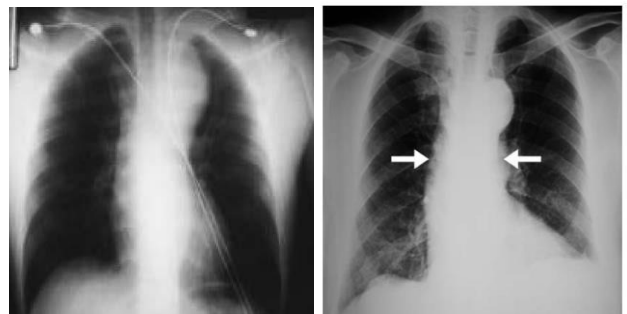
Traitement:

- Repos strict au lit.
- Oxygénothérapie adaptée à la SaO2
- Héparinothérapie puis AVK
- thrombolyse dans l'EP massive.

C- La dissection aortique :



- Douleur précordiale très intense, de survenue brutale, irradiant souvent dans le dos et les lombes.
- Le terrain : HTA +++++, Maladies du tissu élastique.
- L'examen peut noter :
 - ✓ Une hypertension artérielle (urgence HTA)
 - ✓ Un frottement péricardique avec ou sans signes de tamponnade
 - ✓ Une asymétrie tensionnelle
 - ✓ Poulx absent ou très diminué avec le plus souvent aux membres supérieurs
 - ✓ Un souffle d'insuffisance aortique
- L'ECG est le plus souvent normal, en l'absence d'épanchement péricardique.
- Le télé thorax objective un élargissement du médiastin.



- L'écho cardiographie trans-oesophagienne , la TDM et surtout l'IRM thoracique confirment le diagnostic.

TRT :

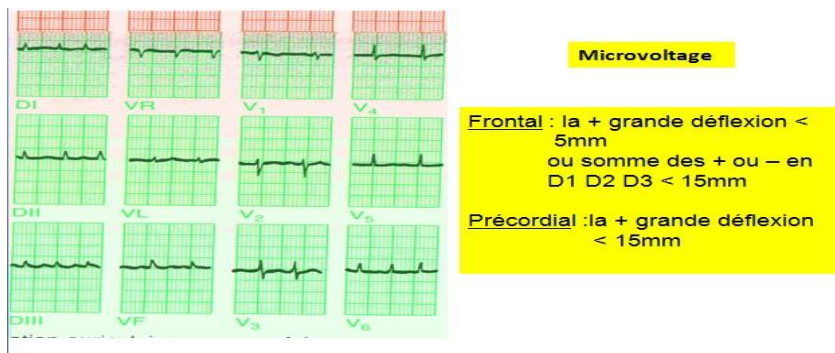
- **Type A : chirurgie**
- **Type B : TRT médical anti HTA**

D-Les douleurs péricardiques :

- la douleur précordiale, constrictive semblable à celle de l'angor irradiant à l'épaule ou au bras gauche , mais augmentée par l'inspiration et la toux, et diminuée par l'antéflexion.
- Elle s'accompagne de dyspnée avec polypnée.

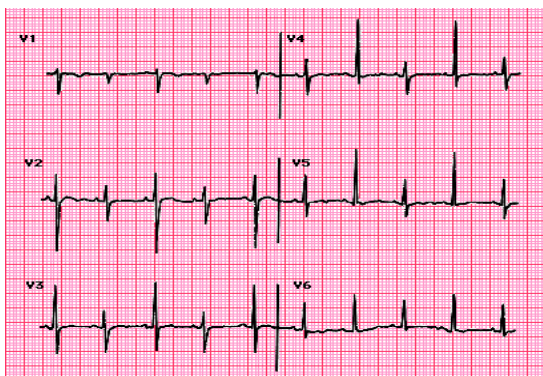
1.La péricardite aigue: (inflammation des feuillets du péricarde , sèche ou avec épanchement)

- Notion de syndrome grippal 1 a 2 semaines avant.
- L'examen retrouve un frottement péricardique mésocardiaque , de temps variable, systolique , ou diastolique ou systolo diastolique superficiel variable avec la position du malade et dans le temps.
- L'ECG montre un bas voltage avec des troubles de la repolarisation diffus, alternance électrique, sous décalage P-Q

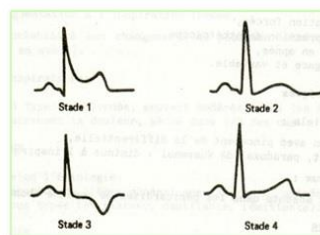


alternance électrique :

troubles de la repolarisation :



Electrical alternans Sinus tachycardia with electrical alternans which is characterized by beat-to-beat alternation in the QRS appearance (best seen in leads V2 to V4). These findings are strongly suggestive of pericardial effusion, usually with tamponade. The alternating ECG pattern is related to back-and-forth swinging motion of the heart in the pericardial fluid. Courtesy of Ary Goldberger, MD.



Troubles de la repolarisation: diffus sans Q de nécrose ni miroir

En 4 phases successives non spécifiques :
 -un sus décalage du ST pendant 24 à 48
 -retour à la normale pendant quelques jours
 -inversion de l'onde T pendant 2 à 12 semaines
 -enfin le tracé se normalise.

Autres signes
 -sous décalage du PQ
 -arythmies auriculaires

- La radio thorax: augmentation de la silhouette cardiaque lorsqu'il y a un épanchement :classique, cœur en « carafe » .



III. Douleur d'origine extracardiaque :

Quand y penser?

- Patient jeune
- Femme
- Sans facteur de risque cardio-vasculaire
- Contexte de stress ou d'angoisse
- Caractères de la douleur: douleur depuis plusieurs années ou mois, à type de picotements, topographie sous mammaire.
- Symptomatologie riche
- Douleur ne gênant pas la vie socio-professionnelle

A-Douleurs pleuro-pulmonaires :

•Épanchement pleural liquidien:

- douleur latéralisée, pouvant irradier dans l'épaule, augmentée à la respiration et à la toux Associée à une dyspnée
- Syndrome d'épanchement liquidien: Abolition du murmure vésiculaire, abolition des vibrations vocales, matité à la percussion

•Pneumothorax:

- Même type de douleur, de début brutal
- Syndrome d'épanchement aérien: abolition du murmure vésiculaire et des vibrations vocales, tympanisme à la percussion

•Pneumopathie infectieuse:

- Contexte infectieux
- Douleur d'allure pleurale
- Foyer de crépitation localisé

B-Douleurs d'origine digestive :

•Reflux gastro-oesophagien: brûlure rétro-sternale, accentuée en position penchée en avant, rythmée par les repas.

•Spasmes œsophagiens: douleur médio-thoracique, brève, simulant la douleur angineuse, sensible à la trinitrine, déclenchée par la déglutition.

•Ulçère gastroduodénal: douleur épigastrique en général.

•**Pancréatite aiguë**: douleur épigastrique violente, transfixiante, calmée en chien de fusil.

Douleurs pariétales +++++

Douleurs superficielles accentuées par le toucher

IV. Cas Cliniques :

Cas clinique n°1 : Monsieur X, 72 ans, se présente aux urgences à 17h pour une douleur thoracique survenue la veille à 12h. Il a progressivement présenté une gêne thoracique évoluant rapidement vers une douleur thoracique intense, en barre. Il est diabétique non insulino-dépendant depuis l'âge de 50 ans. Il fume 1 paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans. Il est traité pour une hypertension artérielle depuis quelques années. Son traitement à domicile associe amlor, GLUCOPHAGE et DIAMICRON.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques? PIED !!

A l'interrogatoire, le patient vous explique qu'il n'a pas consulté la veille, car la douleur s'était finalement atténuée au coucher. Cependant, il ressent une sensation de fatigue inhabituelle depuis ce matin, ce qui l'a motivé à consulter aux urgences pour un avis.

L'examen clinique à l'entrée retrouve une fréquence cardiaque à 95 bats/min ; la tension artérielle est à 165/90. Les bruits du cœur sont réguliers, il n'y a pas de souffle audible. Les pouls sont tous perçus. L'auscultation pulmonaire est normale, et le reste de l'examen clinique est sans particularités.. Le bilan biologique montre des CPK à 4157 UI/l et une troponine Ic à 150 ng/ml. L'échographie cardiaque montre une fonction systolique ventriculaire gauche à 35% avec une akinésie de la paroi antérieure.

Question

Quel est votre diagnostic? Argumentez.

- **Syndrome coronaire aigu (insuffisance coronaire).**

- Arguments cliniques :

- terrain à risque (homme, plus de 50 ans),
- facteurs de risques cardiovasculaires (diabète, tabagisme, HTA),
- douleur thoracique prolongée.

- Arguments paracliniques :

- Bilan biologique : élévation majeure des marqueurs de nécrose myocardique.
- Echographie cardiaque : altération de la fonction Systolique.

Cas clinique n°2 :

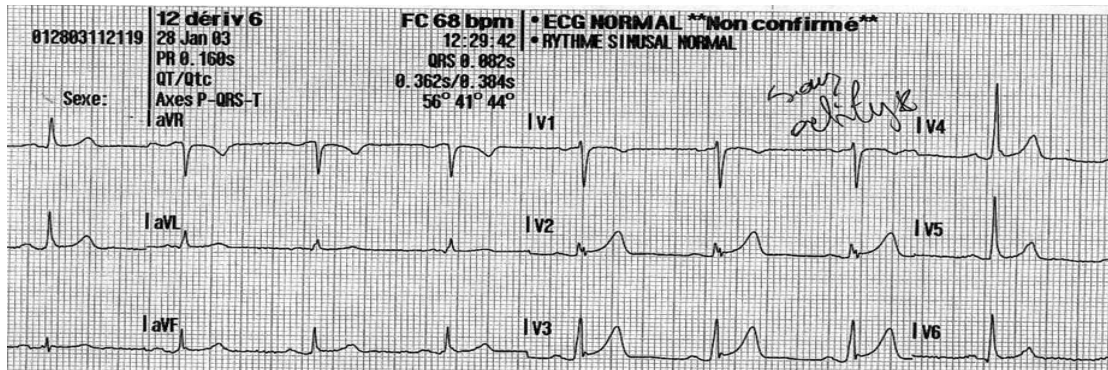
- Homme 30 ans, 1m90, 58 kg
- ATCD : luxation récidivante de cheville
- HDLM : violente douleur rétro sternale, irradiant dans le dos, évoluant depuis 2 heures, suite à un effort de déménagement
- Clinique: patient hyperalgique, IA 2/6, TA 210/100

Quel est votre diagnostic? Argumentez

- Diagnostic à évoquer: **Dissection Aortique**
- Homme jeune sans FDRCV
- Probable Marfan
- Clinique évocatrice : douleur + poussée HTA
- IA

Cas clinique n°3 :

- H de 36 ans présentant une douleur thoracique brutale non irradiante, augmentant à l'inspiration profonde.
- Aucun ATCD.
- Constante: sat 98%, TA = 13/8, FC = 70/min, T° = 38°C
- Examen clinique: normal, absence de décompensation cardiaque.



Le médecin urgentiste a prescrit une thrombolyse devant cet ECG.

Auriez vous eu la même attitude? Si non pourquoi?

DIAGNOSTIC ECG et CLINIQUE: PERICARDITE AIGUE

	Péricardite aigue	SCA	Embolie pulmonaire	Dissection de l'aorte
Terrain	Grippe Fièvre Myalgie Arthralgies	FDR +++	Accouchement Chirurgie immobilisation Long Voyage	HTA Marfan Grossesse
Caractéristiques de la DLR	Inspiration Assise	Rétro-sternale Constrictive Mâchoire et MS	Basithoracique Polypnée	Migratrice
Examen clinique	Parfois Frottement++	Souvent normal en dehors des complications	Signes de thrombophlébite	IAo Abolition π Déficit neuro
ECG	Troubles diffus de la repolarist	Anomalies systématisées	Tachycardie sinusale BBDI, axe Droit	Souvent normal
telé thorax	Cardiomégalie	Normal	Infarctus pulm	Élargissement du médiastin