

# **TD : douleurs thoraciques**

**Dr FOUHAD HOCINE**

**Service de cardiologie. Hôpital militaire Constantine  
2019/2020**



# Objectifs pédagogiques

- n°1: Diagnostiquer une douleur thoracique
- n°2 : Identifier les signes de gravité imposant des décisions thérapeutiques immédiates
- n°3 : Décrire les examens complémentaires à réaliser devant une douleur thoracique
- n°4 : diagnostic d'une douleur thoracique aiguë d'origine cardiaque en tenant compte des données cliniques et paracliniques (PIED)
- n°5 : Connaître les principales causes extracardiaques d'une douleur thoracique

# Objectif pédagogique n° 1 : diagnostiquer une douleur thoracique

- Douleur thoracique = signe fonctionnel est un motif fréquent de consultation.
- L'interrogatoire et les données de l'examen clinique permettent d'orienter le diagnostic, le choix des investigations complémentaires et les traitements.
- L'objectif principal est d'identifier les situations d'urgence, associées à un risque vital, et de mettre en œuvre les mesures adaptées (douleurs thoraciques aiguës).

# CE QUI FAIT MAL DANS LE THORAX

- La paroi (côtes, muscles).
- Les enveloppes (plèvre, péricarde).
- Les organes : cœur, œsophage, aorte, le parenchyme pulmonaire au contact de la plèvre
- Projection de certaines douleurs digestives : colopathies, gastriques...

**Douleur thoracique aux urgences : 1<sup>ère</sup> chose à faire c'est la sémiologie (interrogatoire + examen clinique)**

# Interrogatoire

- Antécédents personnels et familiaux : coronariens, maladie thrombo-embolique veineuse, maladies respiratoires, cancer, anévrisme aortique connu
- Facteurs de risque cardiovasculaires ( FDR d'athérosclérose et thromboemboliques)
- Antécédents de traumatisme thoracique
- Analyse sémiologique de la douleur +++

<b>Type</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• constrictive, en étau évoquant une origine coronaire</li><li>• coup de poignard, pincement: origine pleurale</li><li>• Brûlure : plutôt reflux gastro-œsophagien, mais possiblement coronarienne ou péricardite</li></ul>
<b>Localisation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rétrosternale, mediothoracique (douleur coronaire, trachéale, œsophagienne).</li><li>• En bas sur le côté et/ou dans le dos (douleur pleurale ou pleuro-parenchymateuse).</li><li>• Migratrice vers le dos et les membres inférieurs : évoque une dissection aortique</li></ul>
<b>Irradiation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• vers le cou, la mâchoire et les bras (douleurs coronariennes).</li><li>• vers le dos (douleur aortique et pancréatique).</li><li>• le long du bras et vers les doigts de la main (atteinte du plexus brachial).</li><li>• intercostale (névralgie, zona).</li></ul>

<b>Facteur déclenchant</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pression du thorax (lésions pariétales)</li><li>• Effort (origine coronaire)</li><li>• Aucun ou au repos, installation brusque (infarctus du myocarde, dissection aortique)</li><li>• Ingestion d'aliments (origine œsophagienne)</li><li>• Position penchée en avant (pyrosis)</li></ul>
<b>Soulagement de la douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Par la trinitrine rapidement (origine coronaire)</li><li>• La position penchée en avant (péricardite)</li><li>• L'alimentation (ulcère gastroduodénal)</li></ul>
<b>Signes associés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dyspnée, toux, expectoration : pathologie pleuropulmonaire.</li><li>• Pyrosis : reflux gastro-œsophagien.</li><li>• Fièvre: d'emblée pour une pneumopathie, une péricardite ; retardée dans l'infarctus du myocarde et dans l'embolie pulmonaire.</li></ul>

# Examen clinique

- ❑ Examen cardiaque et pulmonaire complet +++
- ❑ La première étape de l'examen physique est la recherche de signes de gravité (objectif n° 2)
- ❑ Asymétrie tensionnelle (différence d'au moins 20 mm Hg entre les 2 membres) et une asymétrie de pouls en faveur d'une dissection aortique
- ❑ Rechercher des signes de phlébite des membres inférieurs orientant vers une EP.



## ❑ A l'auscultation cardiaque :

- Frottement péricardique : péricardite.
- Souffle diastolique d'insuffisance aortique d'apparition récente : dissection aortique.
- Souffle évoquant une complication d'un IDM : souffle d'IM, souffle de CIV.

## ❑ A l'auscultation pulmonaire :

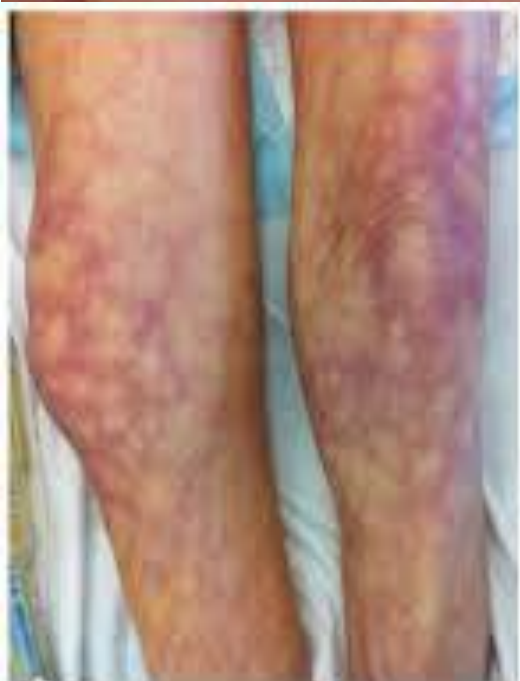
- Syndrome de condensation pulmonaire : pneumopathie.
- Signes d'épanchement pleural gazeux ou liquidien : pleurésie, pneumothorax.

## ❑ Présence de signes pariétaux :

- des adénopathies sus-claviculaires ou axillaires évoquent une origine tumorale.
- Reproduction de la douleur à la compression : origine pariétale

# **Objectif pédagogique n° 2 : Identifier les signes de gravité imposant des décisions thérapeutiques immédiates**

- Signes de gravité respiratoires : cyanose, tachypnée, signes de lutte respiratoire avec tirage, asynchronisme (balancement) thoraco-abdominal.
- Signes de gravité cardiovasculaires : pâleur, tachycardie, hypotension, et signes de choc avec marbrures et extrémités froides.
- Signes de gravité neurologiques : lipothymie ou syncope, agitation ou troubles de la vigilance.





Dépression sus  
claviculaire et  
sus sternale

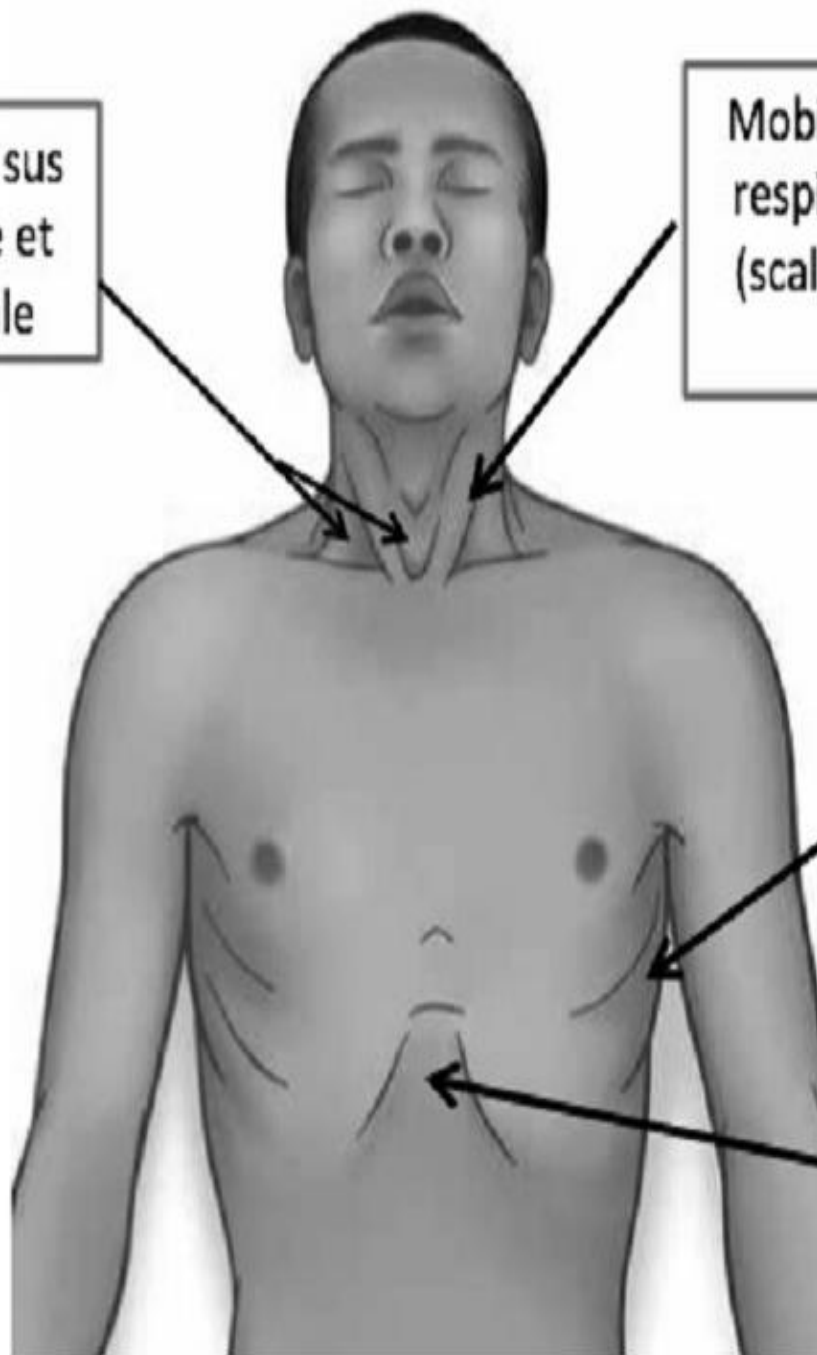
Mobilisation des muscles  
respiratoires accessoires  
(scalènes, sterno-cléido-  
mastoïdiens)

Contraction  
expiratoire des  
muscles  
abdominaux

Dépression  
inspiratoire des  
muscles intercostaux

Respiration  
paradoxe  
(Asynchronisme  
thoraco-abdominal)

Dépression sous  
xiphoïdienne

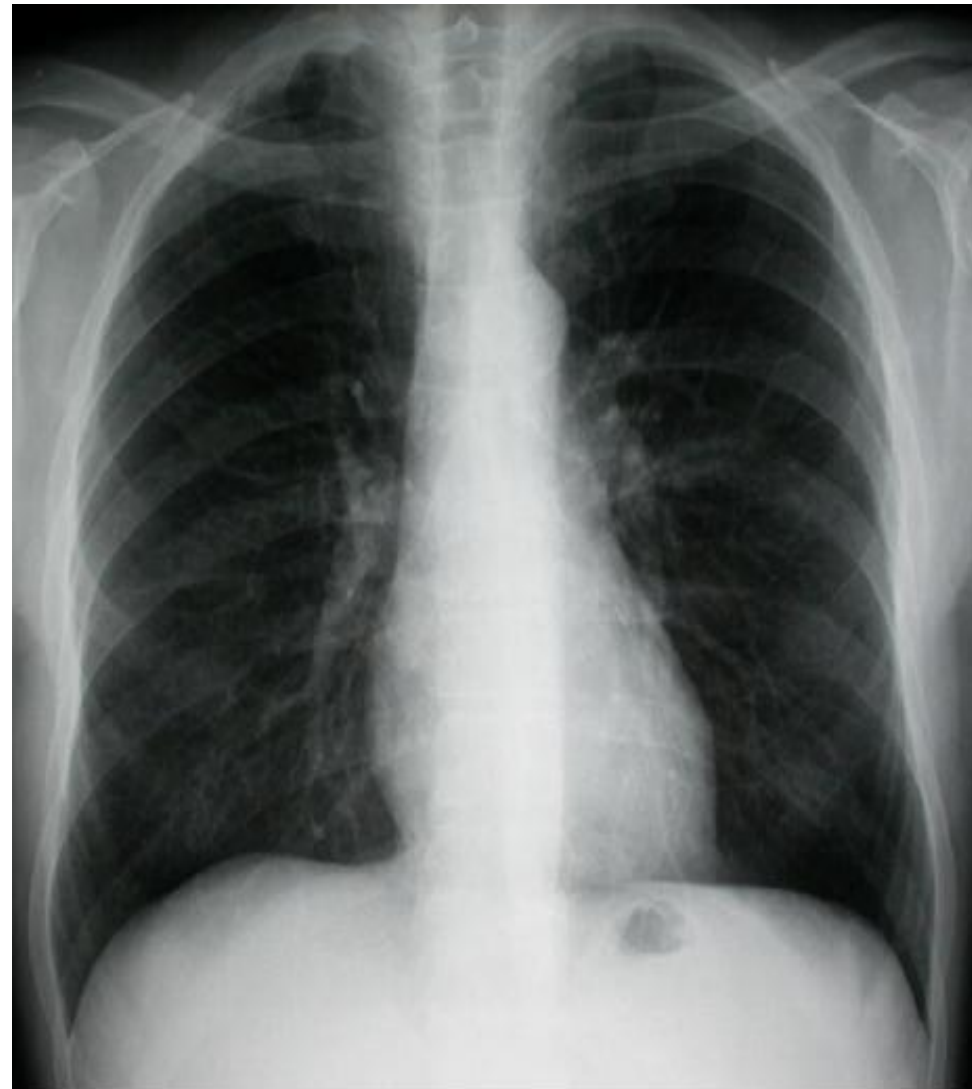
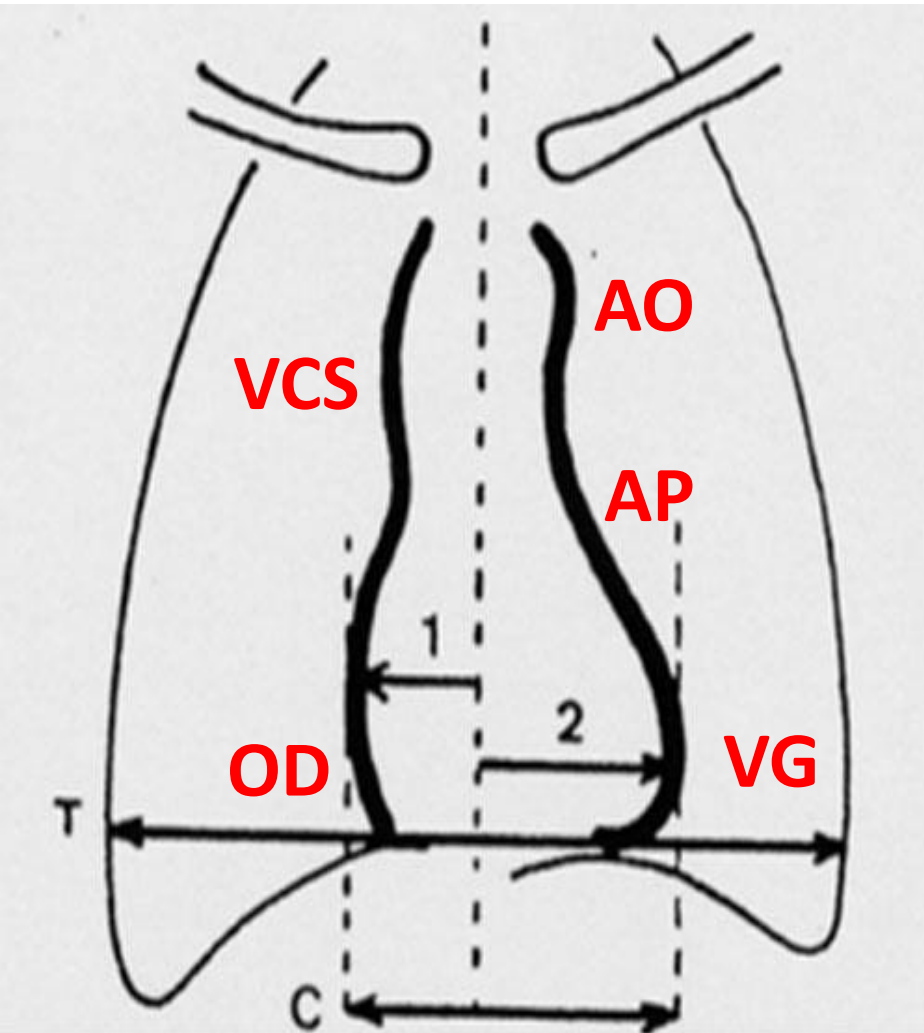


# **Objectif pédagogique n° 3 : Décrire les examens complémentaires à réaliser devant une douleur thoracique**

2 examens complémentaires en première intention:

- La radiographie de thorax
- L'électrocardiogramme (ECG)

Les autres examens doivent être réalisés en fonction du contexte clinique du patient, des données d'anamnèse, de l'examen clinique et des résultats de l'ECG et de la radiographie de thorax.



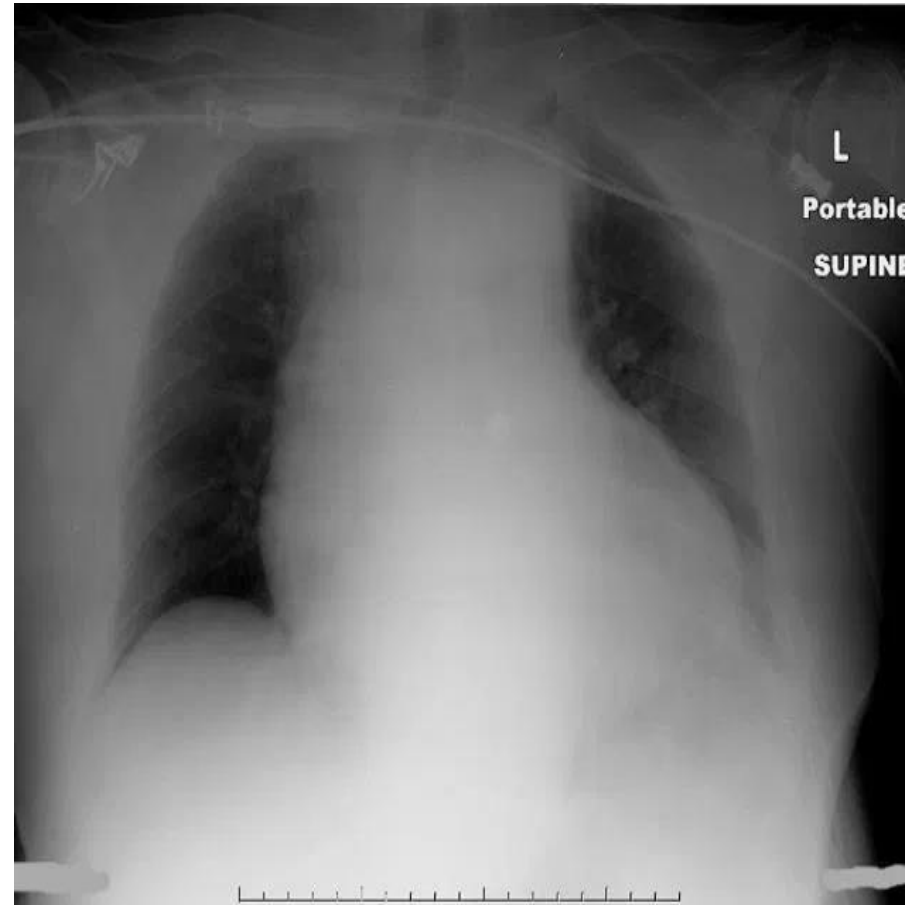
**Radiographie de thorax**  
De face en inspiration.

pour détecter essentiellement:

- une pathologie pleurale ou parenchymateuse.
- un élargissement du médiastin  $\Rightarrow$  dissection aortique.
- une cardiomégalie  $\Rightarrow$  cœur en carafe (épanchement péricardique).



Cardiomégalie: cœur en carafe



Élargissement du médiastin





Pleurésie



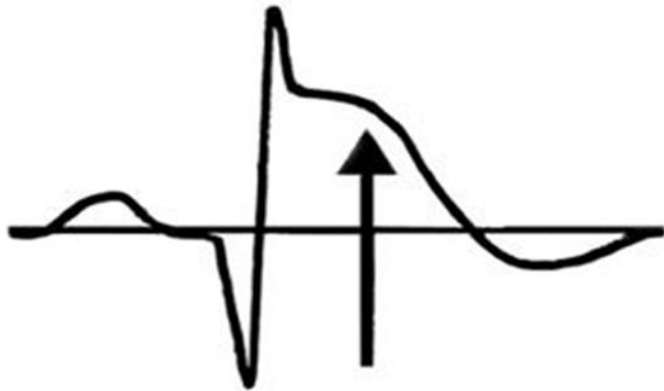
Pneumothorax

# Électrocardiogramme (ECG)

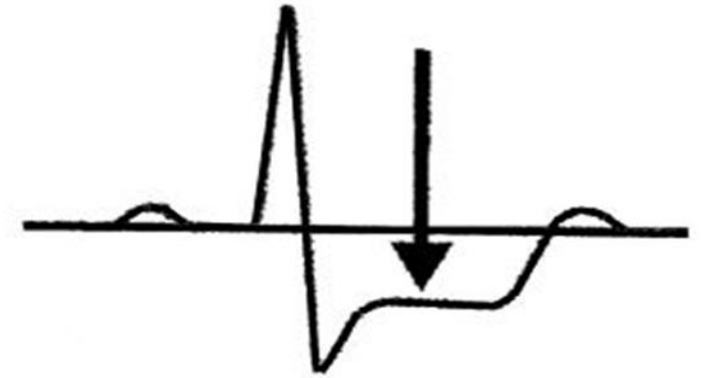
L'ECG reste une aide précieuse au diagnostic .

- signes d'un SCA ( ST + ou ST-)

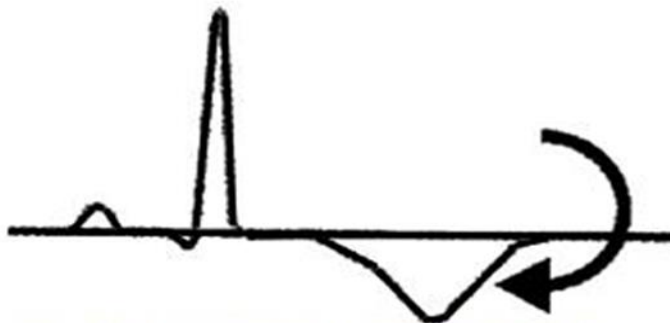
Aspects ECG des syndromes coronaires aigus



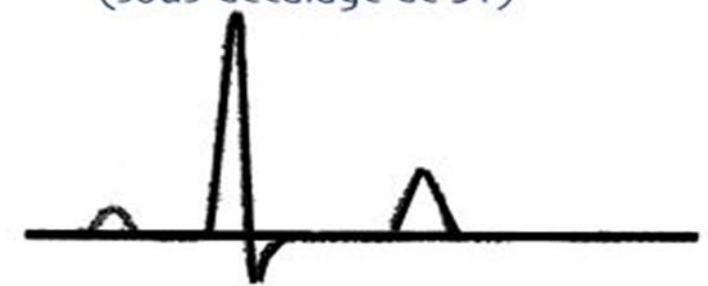
1. SCA avec sus-décalage de ST



2. SCA sans sus-décalage de ST (sous-décalage de ST)

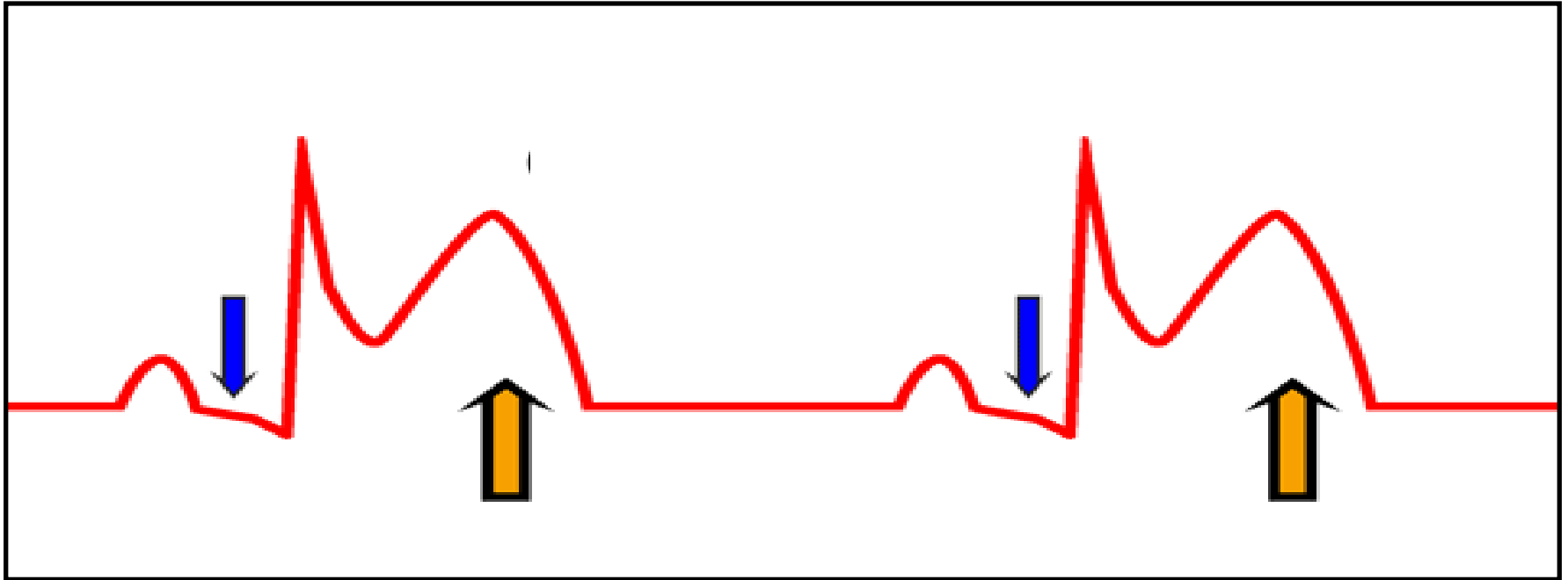


3. SCA sans sus-décalage de ST (ST iso-électrique, mais onde T négative)



4. SCA sans sus-décalage de ST (aspect normal de l'ECG)

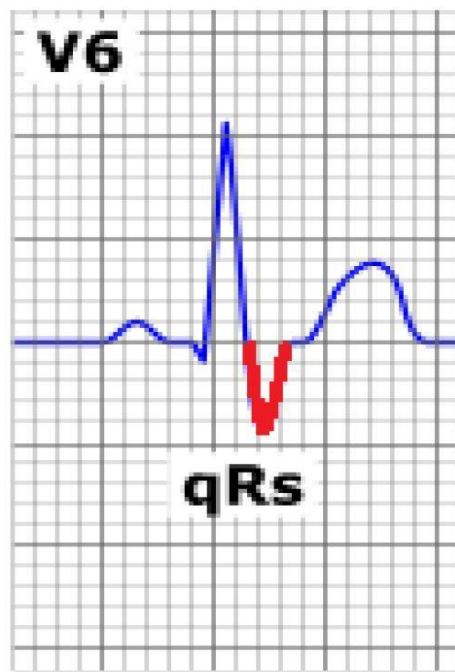
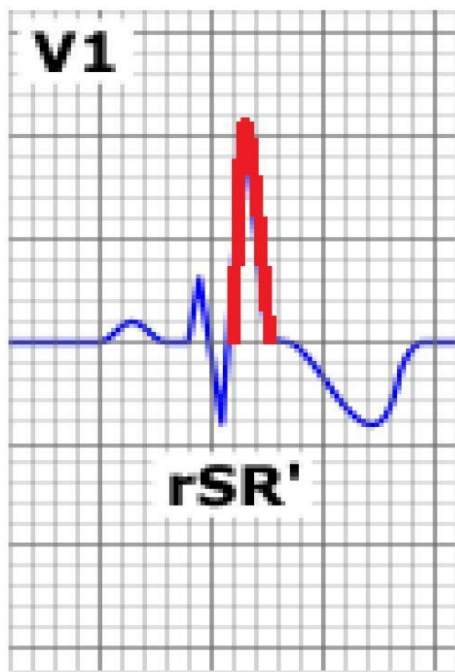
- Un sus-décalage concave en haut, circonférentiel, microvoltage, un sous-décalage du segment PQ évoque une péricardite.



Microvoltage (signe d'un épanchement péricardique)

- Frontal : la + grande déflexion  $< 5\text{mm}$  ou somme des + ou - en D1 D2 D3  $< 15\text{mm}$
- Précordial : la + grande déflexion  $< 15\text{mm}$

- L'embolie pulmonaire peut se manifester par les signes d'un cœur pulmonaire aigu (CPA):
  - Une tachycardie sinusale.
  - Une déviation de l'axe du cœur à droite (Axe QRS  $> 90^\circ$ )
  - Un bloc de branche droit,
  - Un aspect de S1Q3,
  - Des ondes T négatives de V1 à V4
- l'ECG peut être normal en cas de pathologie thromboembolique.



# Objectif pédagogique n° 4 : diagnostic d'une douleur thoracique aiguë d'origine cardiaque en tenant compte des données cliniques et paracliniques

- **I**nsuffisance coronaire : SCA (ST+ et ST-) , Angine de poitrine
- **P**éricardite aiguë
- **D**issection aortique
- **E**mbolie pulmonaire

**PIED**

# Insuffisance coronaire

## Atherosclerosis Timeline

Endothelial Dysfunction

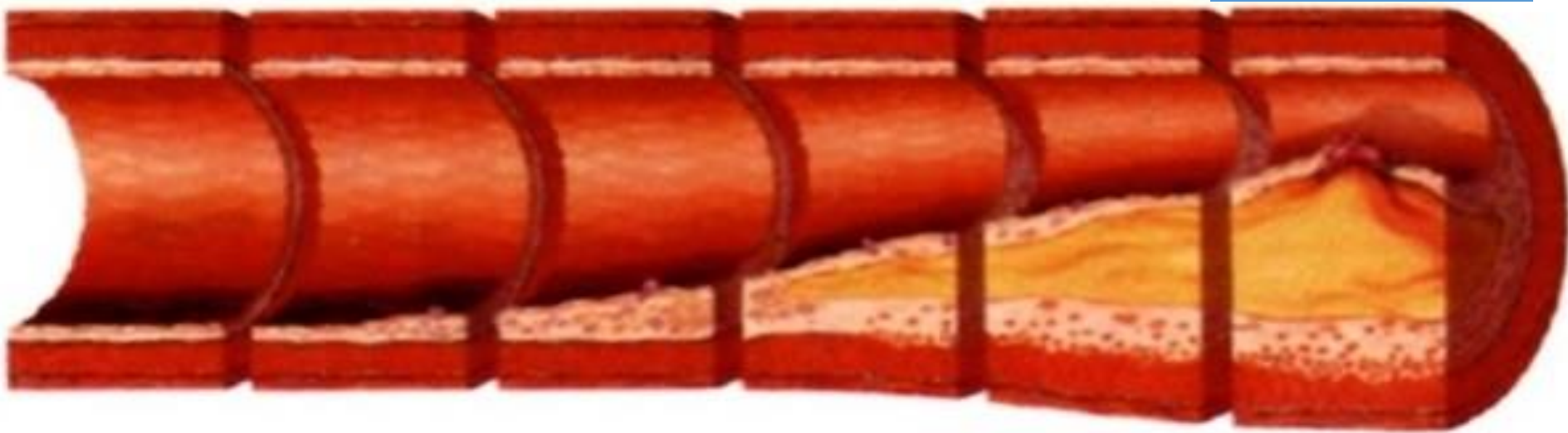
Foam Cells

Fatty Streak

Intermediate Lesion

Angor d'effort

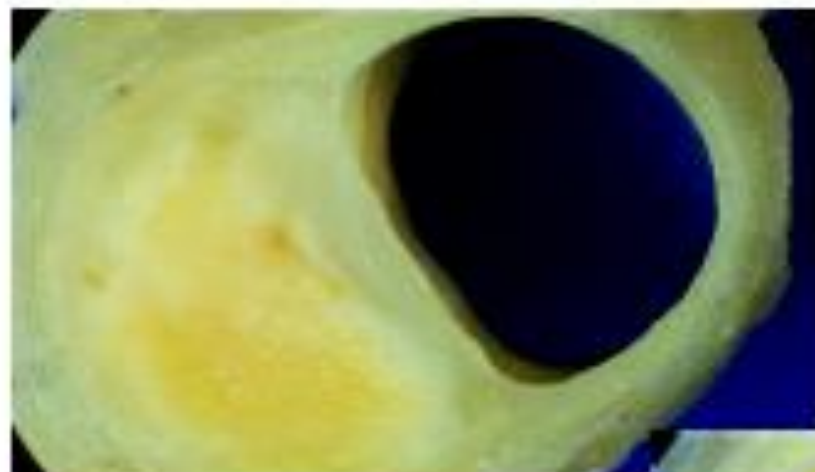
SCA ST –  
SCA ST +



From First Decade

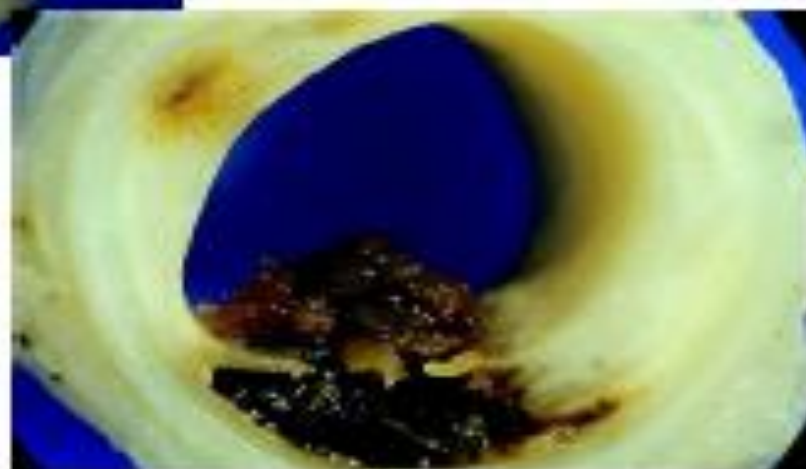
From Third Decade

From Fourth Decade



Angor stable

Syndrôme  
coronarien aigu



*Diagrams : Davies et al Coronarion 1996*

Soupçonnée sur la présence de facteurs de risque cardiovasculaire :

HTA, diabète, tabac, dyslipidémie ,obésité

Age – sexe masculin- coronaropathie familiale.

Angine de poitrine ou angor stable :

L'angor d'effort stable est la manifestation clinique sous forme de syndrome douloureux thoracique d'un déséquilibre entre apports et besoins myocardiques en oxygène responsable d'ischémie myocardique.

Ce déséquilibre est le plus souvent dû à une atteinte athéromateuse sténosante des artères coronaires.



# Angine de poitrine ou angor stable :

## *DIAGNOSTIC*

**SF : douleur thoracique « maître symptôme »**

Type : douleur constrictive

Siège : douleur thoracique retrosternale

Irradiations : vers la mâchoire, les bras, surtout le bras gauche

Survenue : a l'effort

Disparition : en moins de cinq minute à l'arrêt de l'effort ou après prise de trinitrine



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

**Classification** : selon la société canadienne de cardiologie

- **Classe I** : les activités physiques ordinaires ne sont pas responsables d'angor
- **Classe II** : les symptômes d'angor causent une limitation très modérée dans la vie de tous les jours
- **Classe III** : les symptômes d'angor sont responsables d'une limitation importante des activités ordinaires
- **Classe IV** : les symptômes apparaissent pour une activité physique minime ou au repos

## SP :

l'examen cardiaque au repos est généralement normal, l'examen périphérique rechercherait les signe d'une hypercholestérolémie familiale (xanthome tendineux, arc cornéen) ainsi que d'autres localisations parlantes de l'athérosclérose (sténose sur une artère périphérique ou carotide)



## **ECG :**

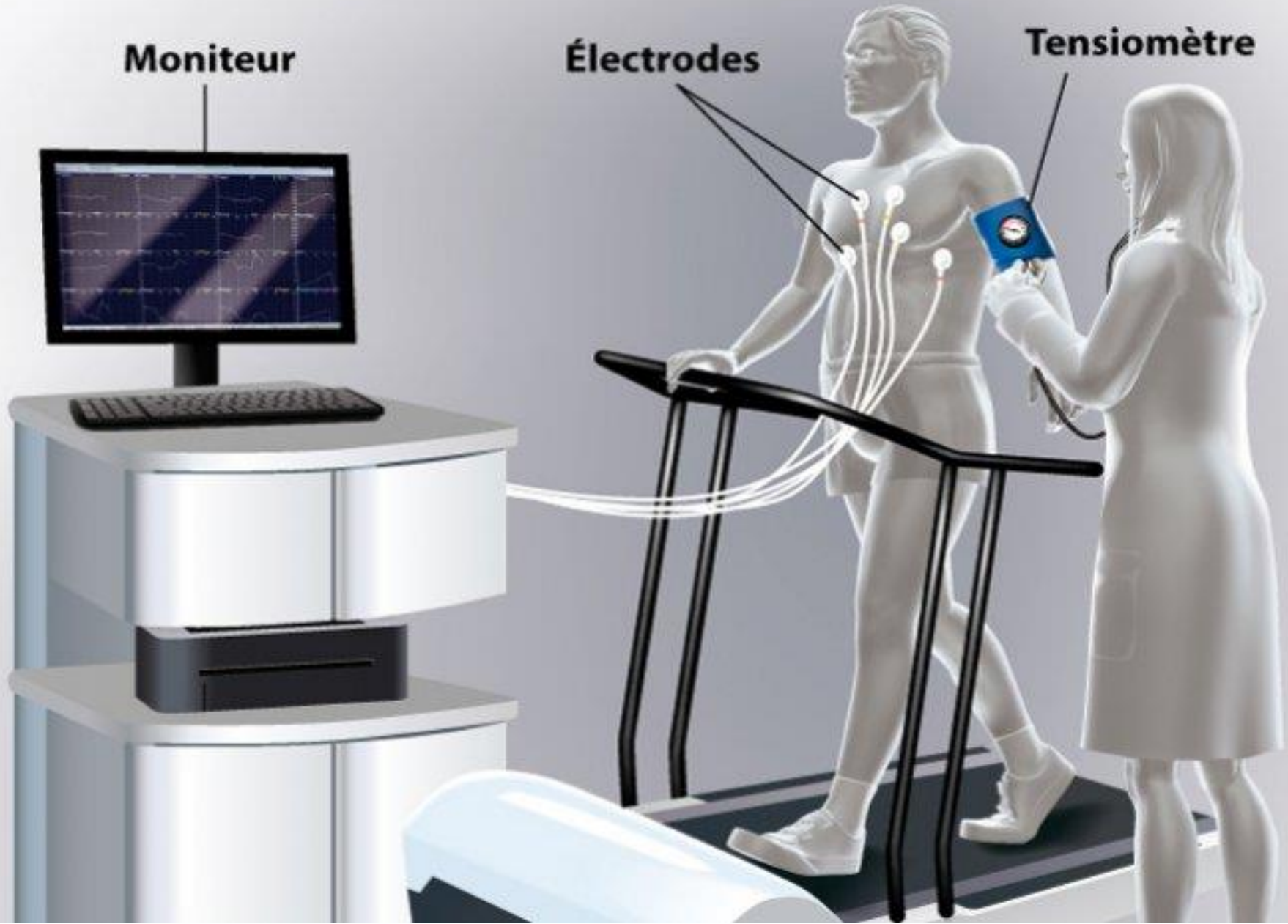
De repos : est généralement normal

A l'effort : l'épreuve d'effort sur tapis roulant ou sur bicyclette ergométrique est l'examen de première intention pour le diagnostic et l'évaluation de la sévérité de l'angor d'effort stable

Positivité : déclenchement de l'angor avec apparition d'un sous-décalage du segment ST

## **Autres examens complémentaires**

- Echocardiographie de stress : apparition d'une hypokinésie segmentaire témoignant de l'ischémie
- Scintigraphie myocardique : injection d'un produit radioactif à tropisme myocardique permet d'apprécier la perfusion myocardique



**EPREUVE D'EFFORT SUR TAPIS ROULANT**



**ECHOCARDIOGRAPHIE DE STRESS**



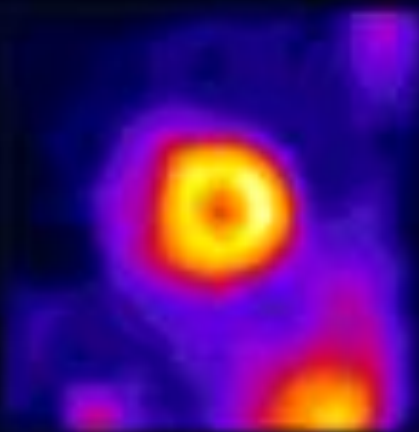
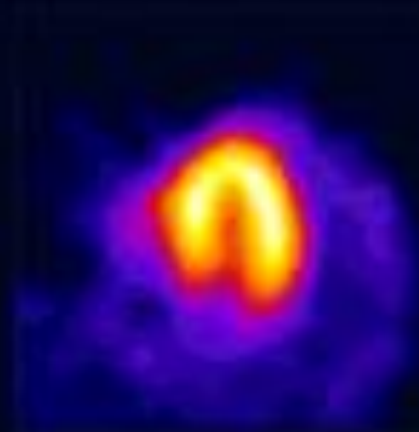
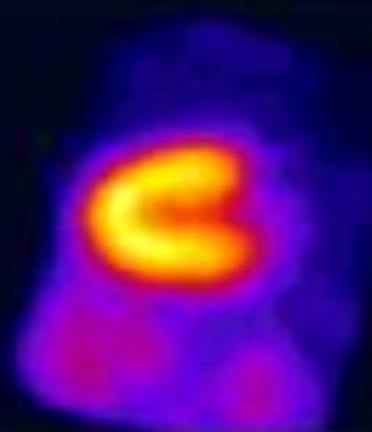
SAGITTAL

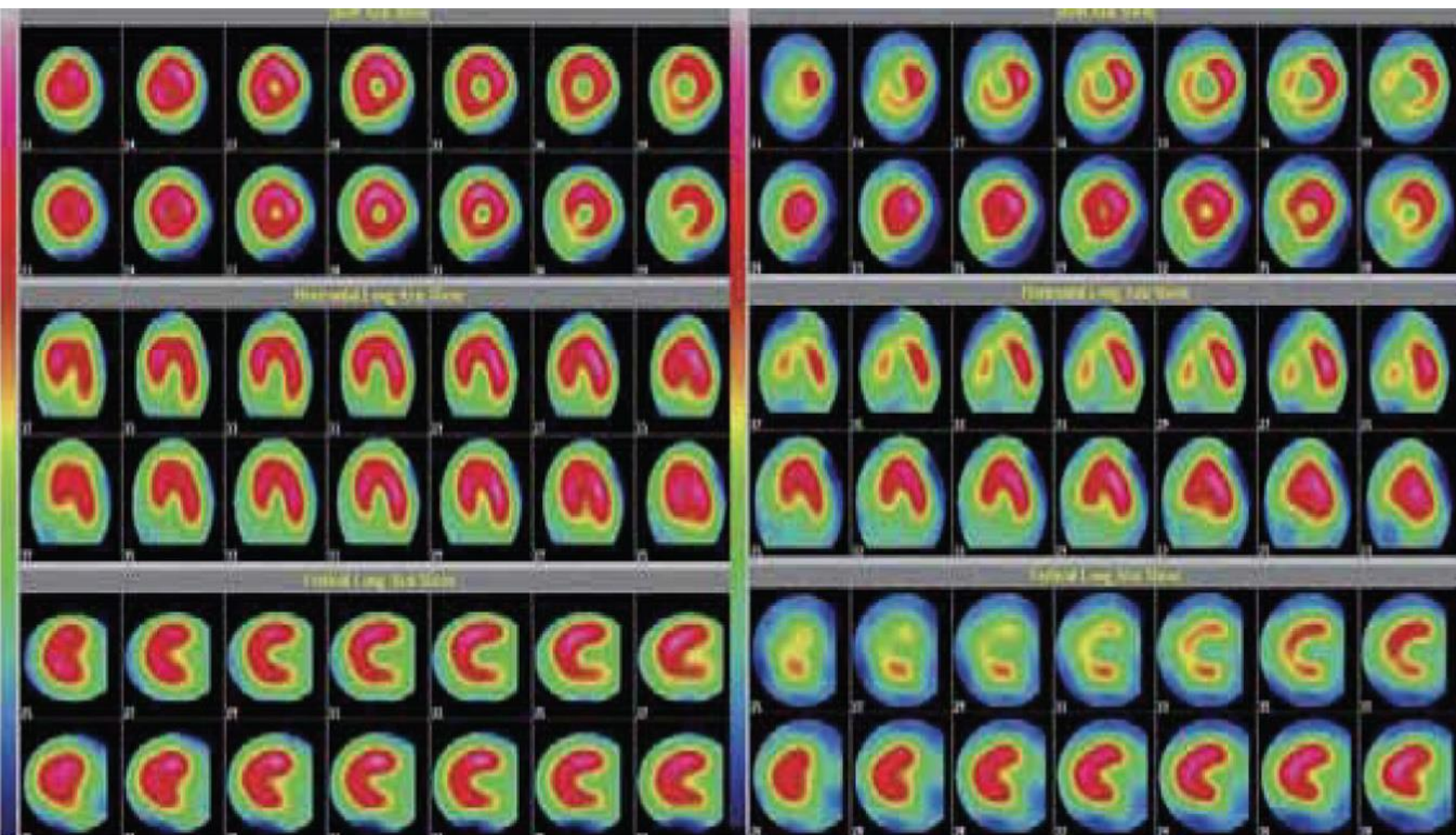


TRANSVERSAL



FRONTAL





Pas d'ischémie

Ischémie étendue



## **Coronarographie :**

Cathéterisation sélective et une visualisation des troncs coronaires par injection d'un produit de contraste radio opaque,

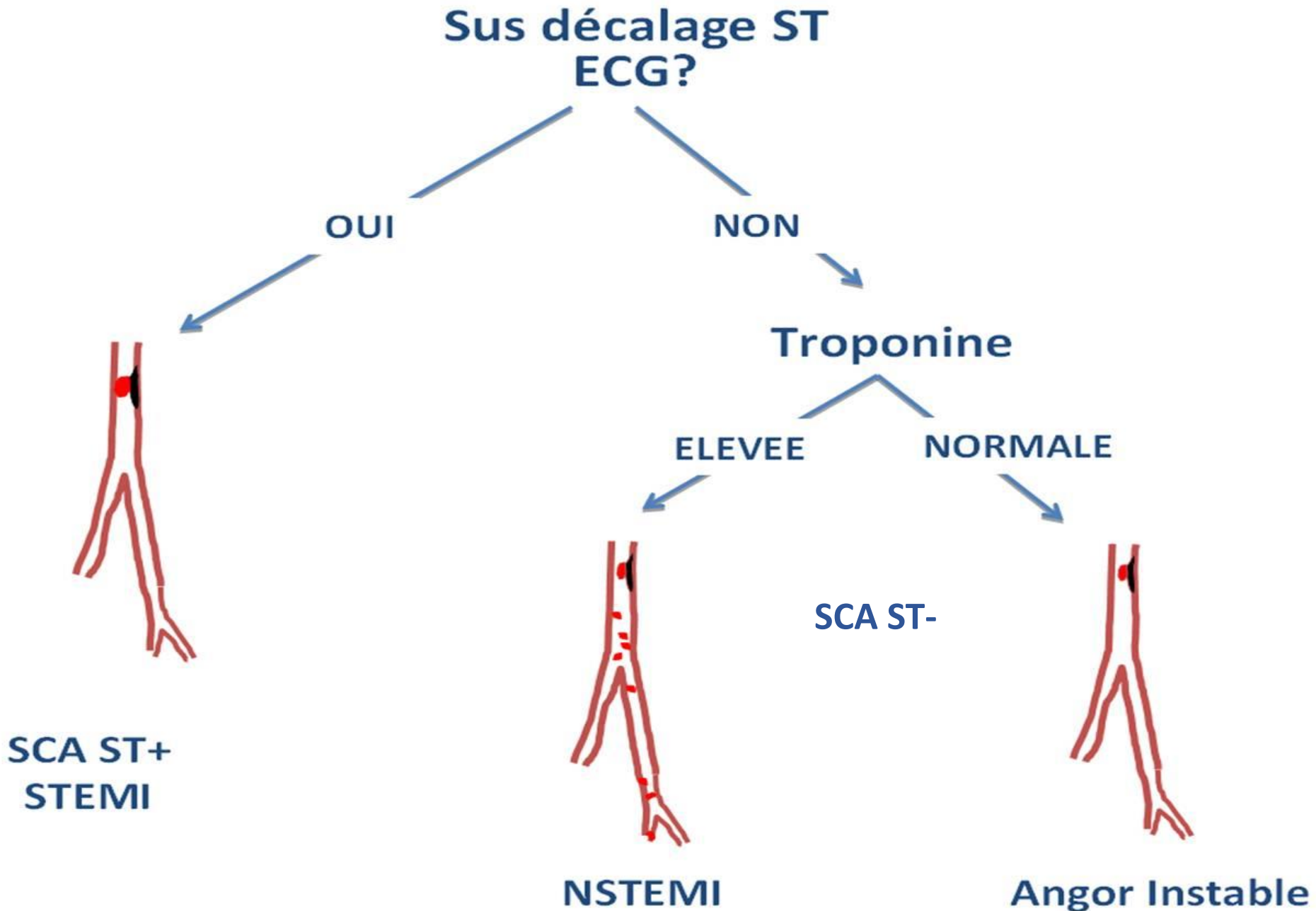
Cet examen permet de visualiser les sténoses et d'apprécier le siège, la longueur et la sévérité des sténoses ainsi que la qualité du lit coronaire d'aval, dans le but de proposer une angioplastie percutanée ou une chirurgie de pontage







# Syndrôme Coronaire Aigu



## **Syndrome coronaire aigu sans sus décalage ST**

C'est une ischémie aiguë secondaire à une obstruction subtotale d'une artère coronaire pouvant évoluer vers la stabilisation ou l'infarctus macroscopique

### **SF : la douleur**

- Typiquement retrosternale constrictive persistante, avec irradiation habituelle, survenant au repos (angor de repos)
- Parfois c'est un angor d'effort sévère d'apparition brutale (angor de novo)
- Parfois une aggravation rapide et brutale d'un angor d'effort ancien stable (angor crescendo)
- Parfois c'est une réapparition des douleurs en post IDM (angor post infarctus)

L'interrogatoire précise également les facteurs de risque et les antécédents coronaires du patient ainsi que d'éventuelles pathologies à risque hémorragique

## **SP :**

Souvent l'examen clinique est normal

Rechercher les signes d'athérosclérose extra coronaire

Parfois des râles crépitants et un galop par insuffisance cardiaque

## **ECG :**

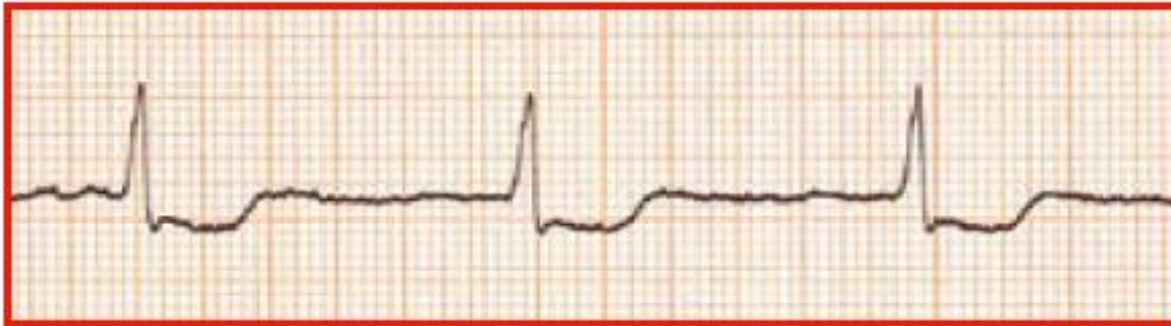
Des troubles de la repolarisation avec des ondes T négatives ou un sous-décalage de ST dans un territoire précis

ECG normal n'élimine pas le diagnostic

# SCA ST-

On peut voir : (tout a part le sus décalage persistant du ST)

## -anomalies du ST (Les lésions):



**Sous décalage  
horizontal  
du segment ST**



**Sous décalage ascendant  
du segment ST**





**Sous décalage descendant du segment ST**

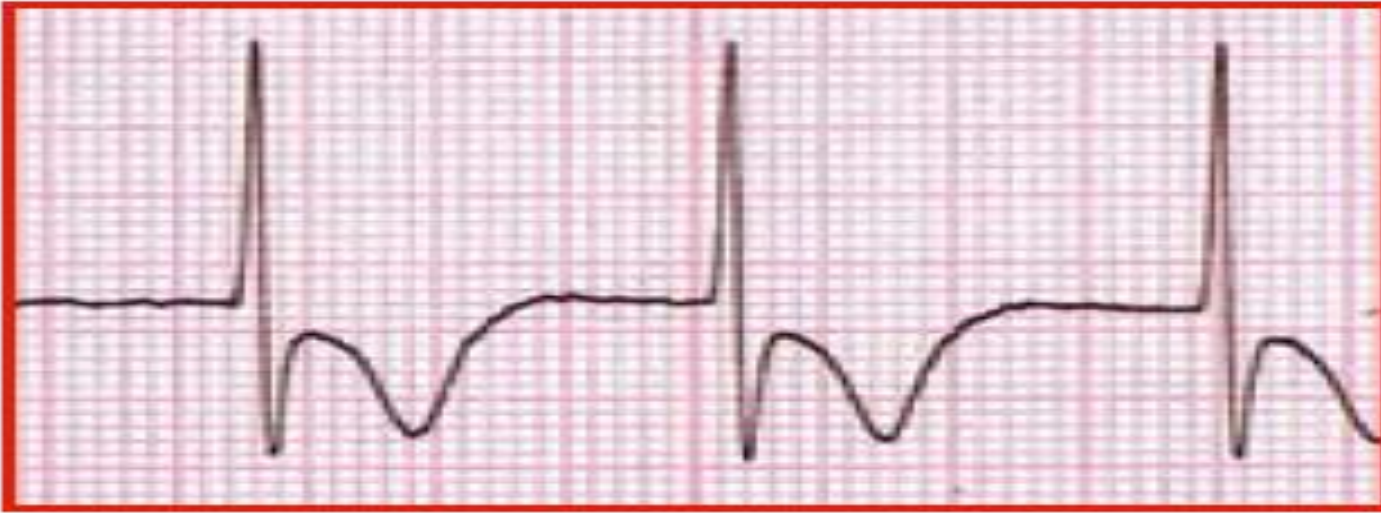


**Sous décalage descendant du segment ST**

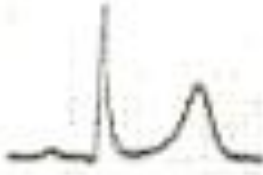


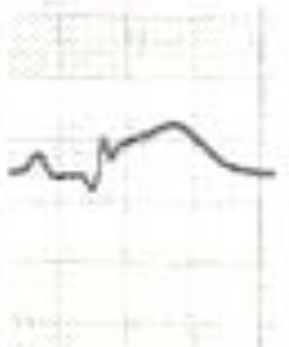
## Anomalies de l'onde T (L'ischémie)



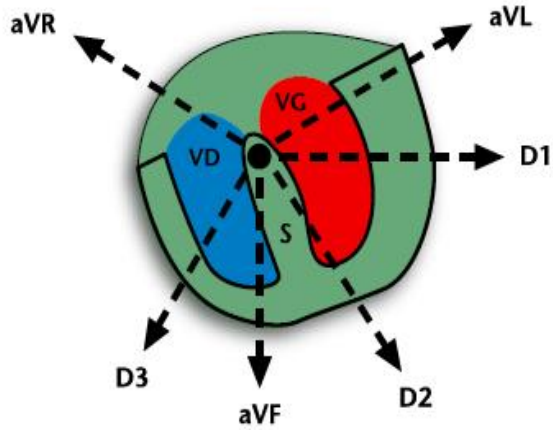
**Onde T ample, pointue, symétrique sur ischémie myocardique sous-endocardique**



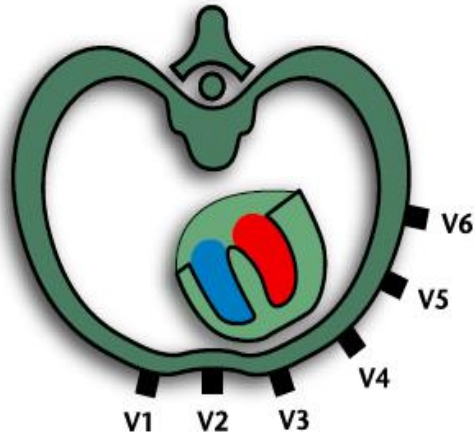
**ischémie sous-épocardique avec onde T ample, pointue, symétrique, négative**

MODIFICATIONS ELECTRIQUES	A	B
<p data-bbox="121 375 401 425">Ischémie</p> <p data-bbox="459 218 1199 282"><b>A</b> - sous-endocardique</p> <p data-bbox="459 532 1122 596"><b>B</b> - sous-épicardique</p>		
<p data-bbox="121 818 334 868">Lésion</p> <p data-bbox="459 675 1190 739"><b>A</b> - sous-endocardique</p> <p data-bbox="459 961 1122 1025"><b>B</b> - sous-épicardique</p>		

**PLAN FRONTAL**



**PLAN HORIZONTAL**



territoire	dérivations
basal	V7-V8-V9
Antéro-septal	V1-V2-V3
Antero-septo-Apical	V1-V2-V3-V4
latéral	Haut D1-AVL BAS V5-V6
inférieur	D2-D3-D3
antérieur étendu	V1-V6 D1 AVL

## **BIOLOGIE :**

- une discrète élévation des troponines quelques heures après le début de la douleur → des micros foyers d'infarctus → SCA ST – T+ = IDM non transmural ou IDM non Q
- troponine normale témoigne d'un meilleur pronostic → angor instable = SCA ST – T-
- FNS , glycémie, bilan rénal

## **ECHOCARDIOGRAPHIE :**

peut déceler un trouble de la cinétique segmentaire mais reste surtout utile pour confirmer la bonne fonction systolique du ventricule gauche

## **COMPLICATIONS :**

- Infarctus du myocarde ++++++++
- Insuffisance cardiaque
- Mort : le risque de mortalité par trouble du rythme grave ou de la conduction demeure

# Syndrome coronaire aigu avec sus décalage ST

## SF :

douleur thoracique rétrosternale constrictive, irradiation au cou et aux membres supérieurs, ne cède pas sous trinitrine, accompagnée d'un malaise général et d'une sensation de mort imminente.

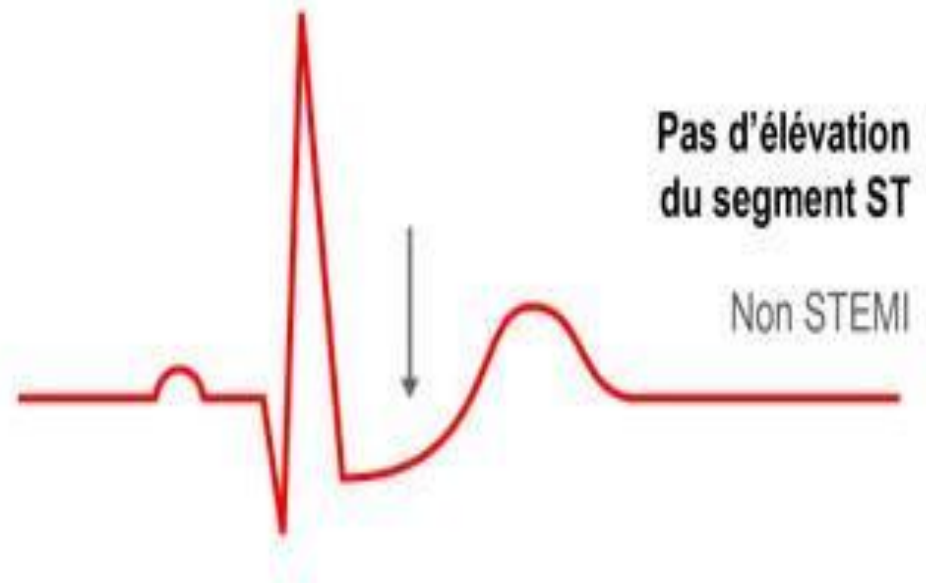
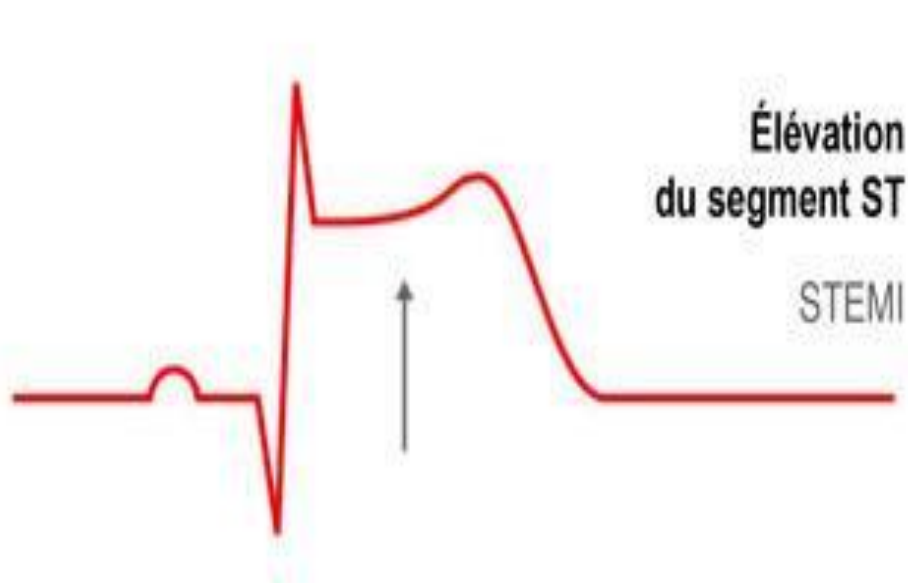
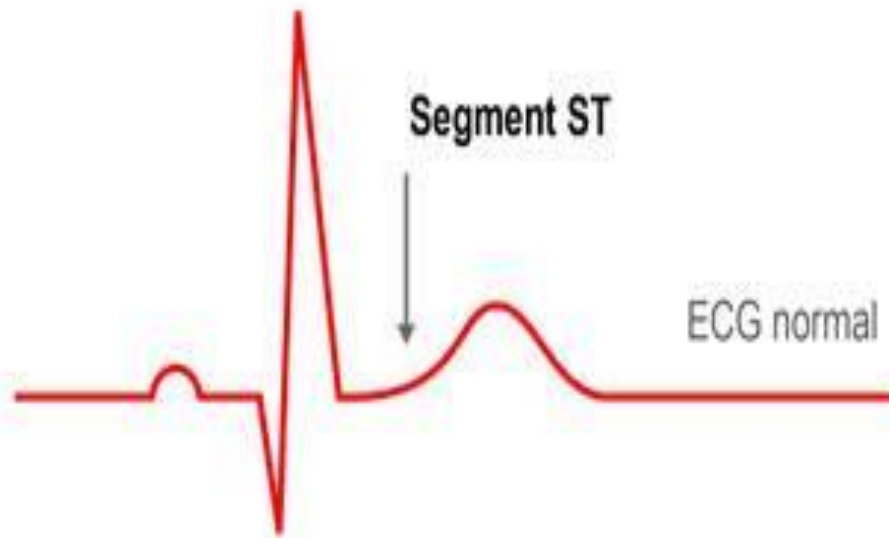
## Autres symptômes :

- Douleur épigastrique (surtout pour l'IDM inférieur)
- Dyspnée : en cas d'insuffisance cardiaque
- Syncope ; en cas de trouble de la conduction ou du rythme
- Lipothymie, pâleur, vomissement : en cas de malaise vagal

Dans un contexte clinique adéquat, le sus-décalage du segment ST (mesuré au point J) est considéré comme suggérant une occlusion aiguë d'une artère coronaire en évolution dans les cas suivants :

**un sus-décalage du segment ST  $\geq 2$  dérivationes contiguës :**

- $V2-V3 \geq 2,5$  mm (hommes  $< 40$  ans)
- $V2-V3 \geq 2$  mm (hommes  $\geq 40$  ans)
- $V2-V3 \geq 1,5$  mm (femmes)
- $\geq 1$  mm dans les autres dérivationes pour les 2 sexes.





# Evolution de l'ECG au cours de l'IDM non revascularisé



- ➔ Premières minutes à 1 heure: Ischémie sous endocardique = grandes ondes T pointues



- ➔ Phase aigüe à plusieurs jours : Courant de lésion sous épocardique = sus décalage du segment ST



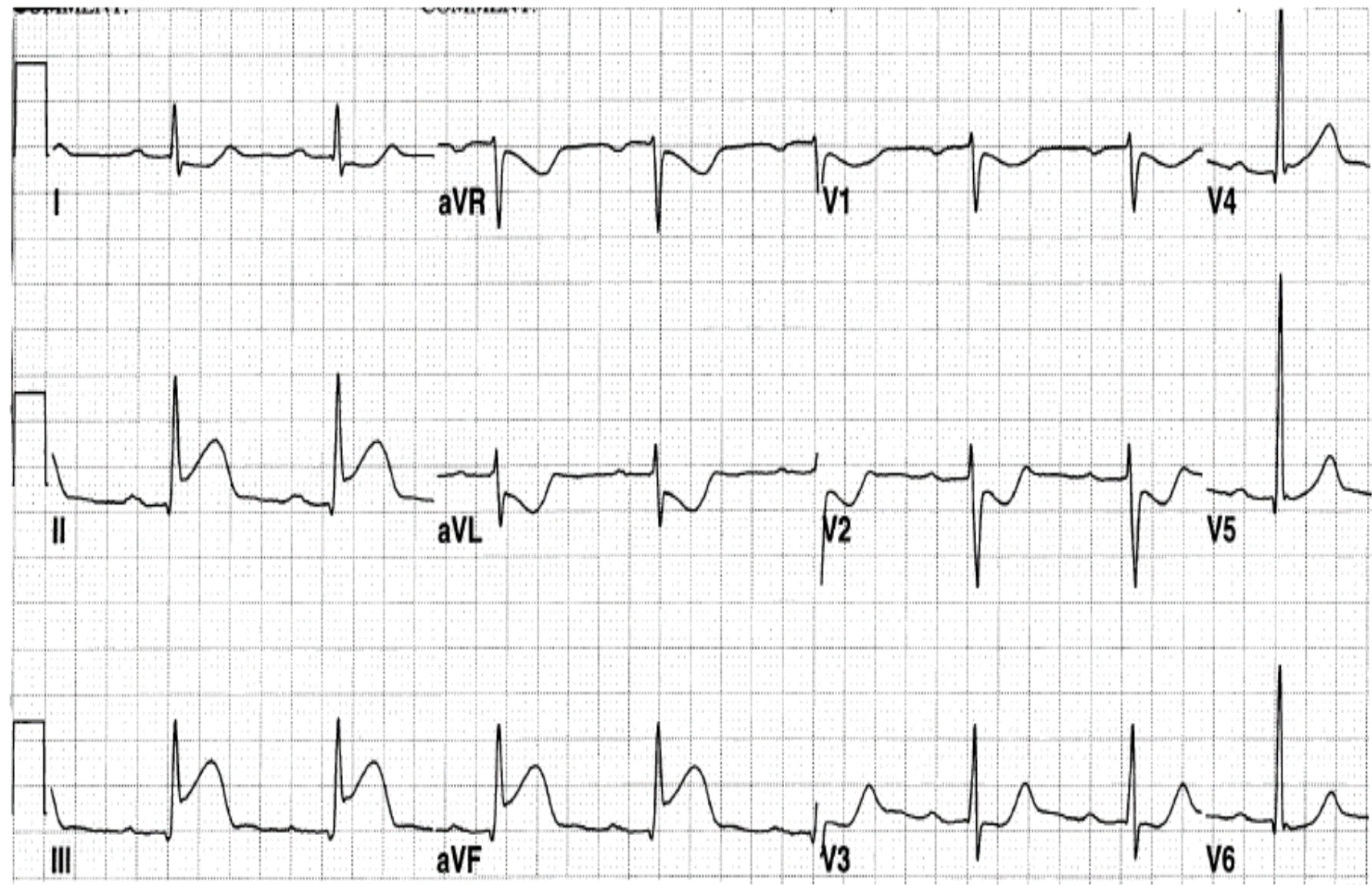
- ➔ H 24 à plusieurs jours: Ischémie sous épocardique = ondes T négativées



- ➔ H 6 et à vie: Onde Q de nécrose

## Localisation des images en miroir

Territoire	Signes directs	Signes indirects	Artère
antéroseptal	V1 à V3	D3VF	IVA
apical	V3V4	microvoltage en standard	IVA
latéral bas	V5V6	V1V2 (grande RV1)	Cx
latéral haut	D1VL	D3VF	Cx
inférieur	D2D3VF	D1VL, plus rare V1 à V4	Cx ou CD
basal	V7V8V9	V1 à V4 (grande RV1)	Cx ou CD
VD	V3R V4R		CD



A

# BIOLOGIE

Marqueurs de nécrose	Apparition	Pic	Durée	Sens	Specif
Myoglobine	1à2h	4-8h	12à24h	+ /-	+/-
Troponine	2à6 h	12-24h	10-15 jours	+++	++
CKMB	2à 6 h	12-24h	1-2jours	++	+++
Isoformes des CK	1-4h	4-6 h	1-2 jours	+	+
Autres : Globules Blancs élevés, Inflammation CRP et VS élevée, Lipidémie et glycémie : perturbée					

**Marqueur très précoce → Myoglobine**

**Marqueurs précoces / spécifiques → troponine + CPK mb**

**Marqueurs tardifs → Troponines + LDH + TGO**

# 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 (**triade de Virchow** : stase sanguine, hypercoagulabilité, lésion endothéliale)

- Post partum , post abortum
- Chirurgie
- Alitement prolongé
- Varices des membres inférieurs
- Troubles de la coagulation
- Antécédent de thrombose veineuse...

# Examen clinique

## Hémodynamique +++

Elle est jugée par :

- l'importance de la chute de la pression artérielle
- l'existence de signes de choc.

## Examen pulmonaire

- Il est normal au début (argument diagnostique important).
- Il apprécie l'existence d'une polypnée ou d'une cyanose.

## L'examen cardiaque

Recherche de signes droits (l'éclat du B2 au foyer pulmonaire, le signe de Harzer, le galop droit xyphoïdien, l'hépatomégalie douloureuse avec reflux)

## L'examen périphérique

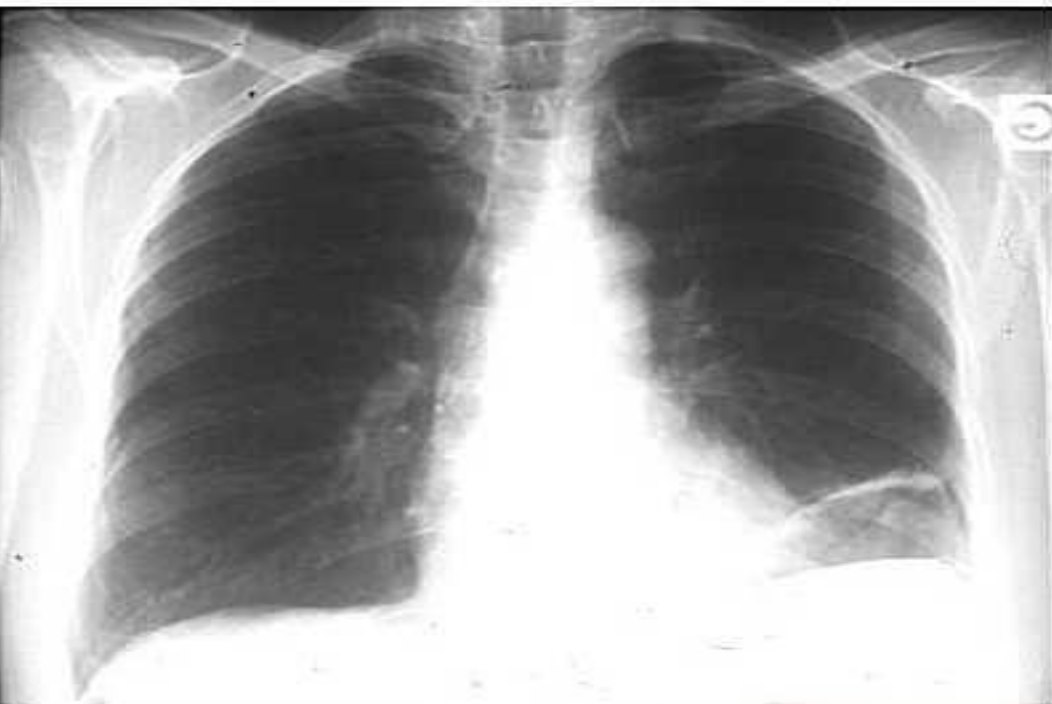
Recherche des signes patents de thrombose veineuse profonde

**La radiographie thoracique** est le plus souvent normale au début . On peut retrouver :

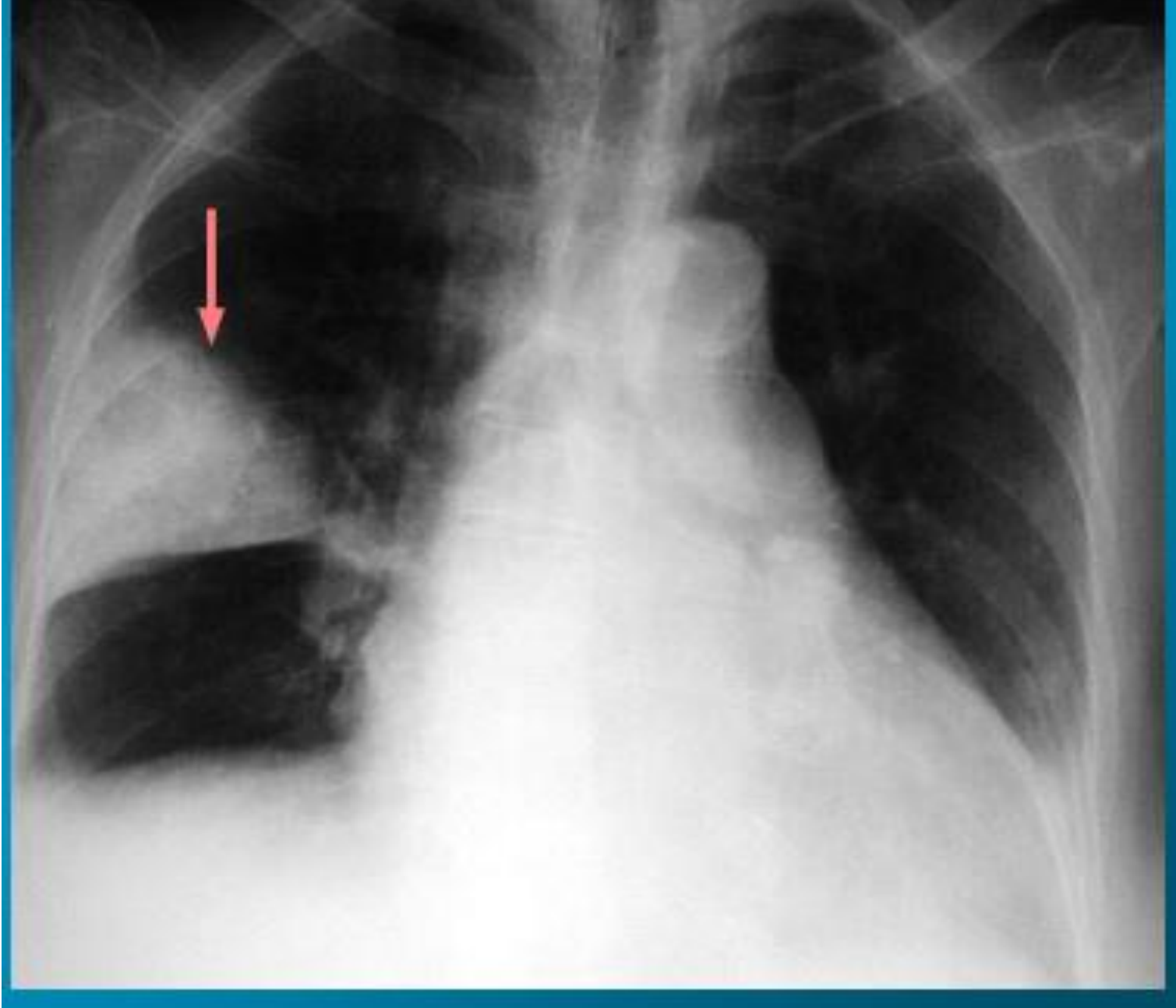
- Hyperclarté localisée du parenchyme (due à une moindre vascularisation)
- des signes en rapport avec la bronchoconstriction : atélectasies  
surélévation d'une coupole diaphragmatique
- des signes en rapport avec l'infarctus pulmonaire : opacité  
périphérique, systématisée, non rétractile
- des signes en rapport avec une irritation pleurale :  
émoussement d'un cul-de-sac pleural, voire épanchement plus  
abondant



**Atélectasie en bande et de surélévation de coupole**







**Opacité triangulaire à base pleurale (infarctus pulmonaire)**

# Électrocardiogramme

- Les anomalies sont inconstantes (ECG parfois normal), variables, fugaces et non spécifiques.
- Peut montrer des signes communs à tous les tableaux droits aigus :
  - Déviation axiale droite de l'axe QRS.
  - Aspect S1Q3.
  - bloc incomplet ou complet droit
  - tachycardie sinusale

Les D dimères ont une valeur prédictive négative (si négatifs, ils éliminent le diagnostic de l'EP)

Si le contexte est évocateur, l'exploration la plus performante est l'angioscanner thoracique +++

La scintigraphie pulmonaire : les territoires bien ventilés mais non perfusés sont évocateur d'EP. Indiquée surtout en cas de contre-indications a l'angioscanner.

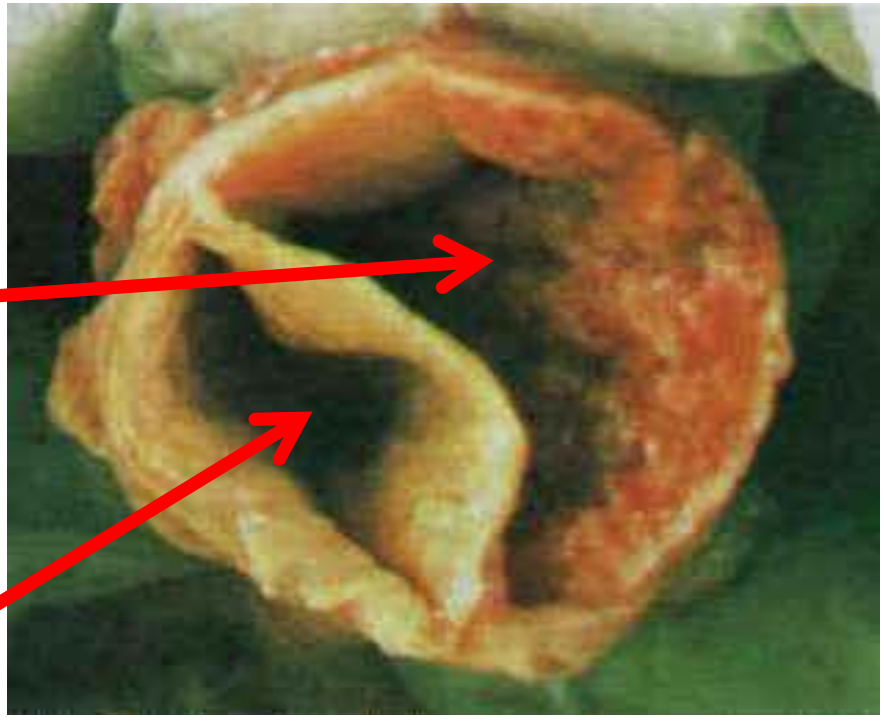
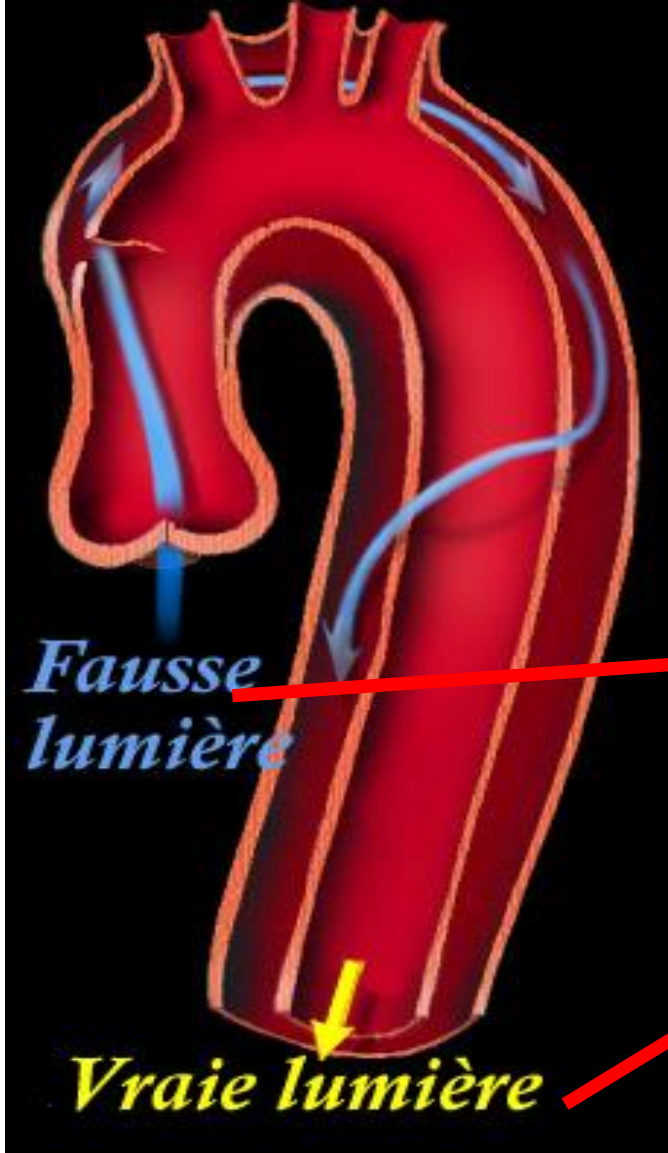
# LA DISSECTION AORTIQUE

- **Urgence cardiovasculaire** avec présentation clinique souvent dramatique
- Pour dissection touchant l'aorte **ascendante**, 1% de mortalité par heure en l'absence de chirurgie pendant les 24 premières heures, 70% de mortalité à 1 mois
- Urgence **diagnostique et thérapeutique**

# Définition

Clivage longitudinal de la média par un hématome disséquant consécutif ou non à une déchirure intimo-médiale (porte d'entrée).

- Plan de clivage entre couches interne et externe de la média qui se propage plus ou moins.
- Le plus souvent, existence d'un orifice de sortie (ou réentrée).
- Parfois, insuffisance aortique par dilatation de l'anneau ou décrochage d'une sigmoïde aortique.



## II- Classification anatomique

### 1°) Classification de De Bakey

Type I : aorte ascendante + crosse +  
aorte descendante

Type II : aorte ascendante ± crosse

Type III : aorte descendante

### 2°) Classification de Stanford +++

Type A : aorte ascendante

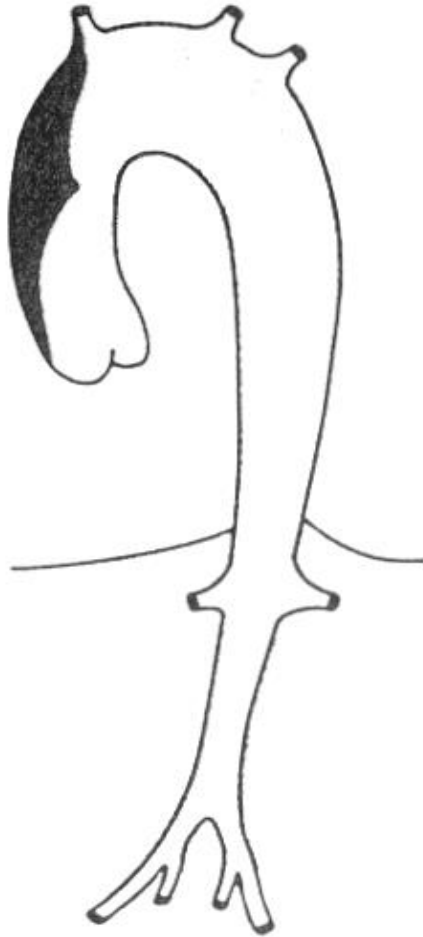
Type B : ne touche pas aorte ascendante



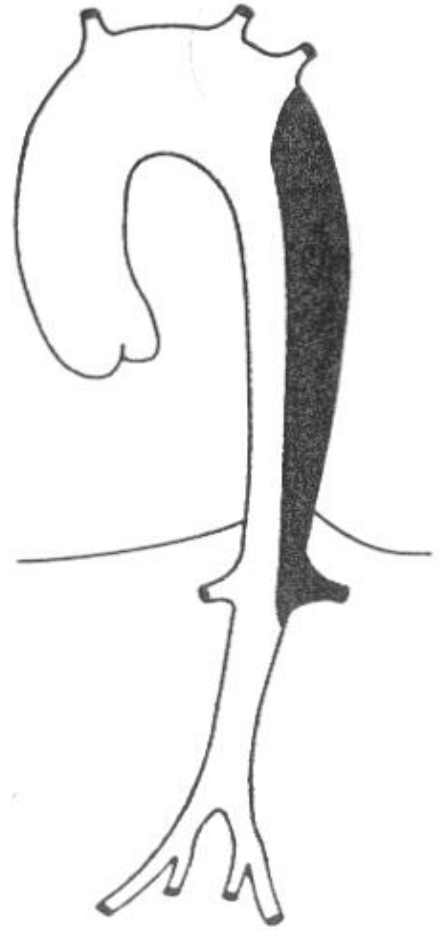
## Dissections classiques



De Bakey I



De Bakey II



De Bakey III

Stanford A

Stanford B



Douleur précordiale très intense , de survenue brutale , irradiant souvent dans le dos et les lombes.

Le terrain : HTA +++++

Maladies du tissus élastique

L'examen peut noter :

Une hypertension artérielle (urgence HTA)

Un frottement péricardique avec ou sans signes de tamponnade

Une asymétrie tensionnelle

Pouls absent ou très diminué le plus souvent aux membres supérieurs

Un souffle d'insuffisance aortique

Déficit neurologique.

L'ECG est le plus souvent normal , en l'absence d'épanchement péricardique

Le télé thorax objective un élargissement du médiastin

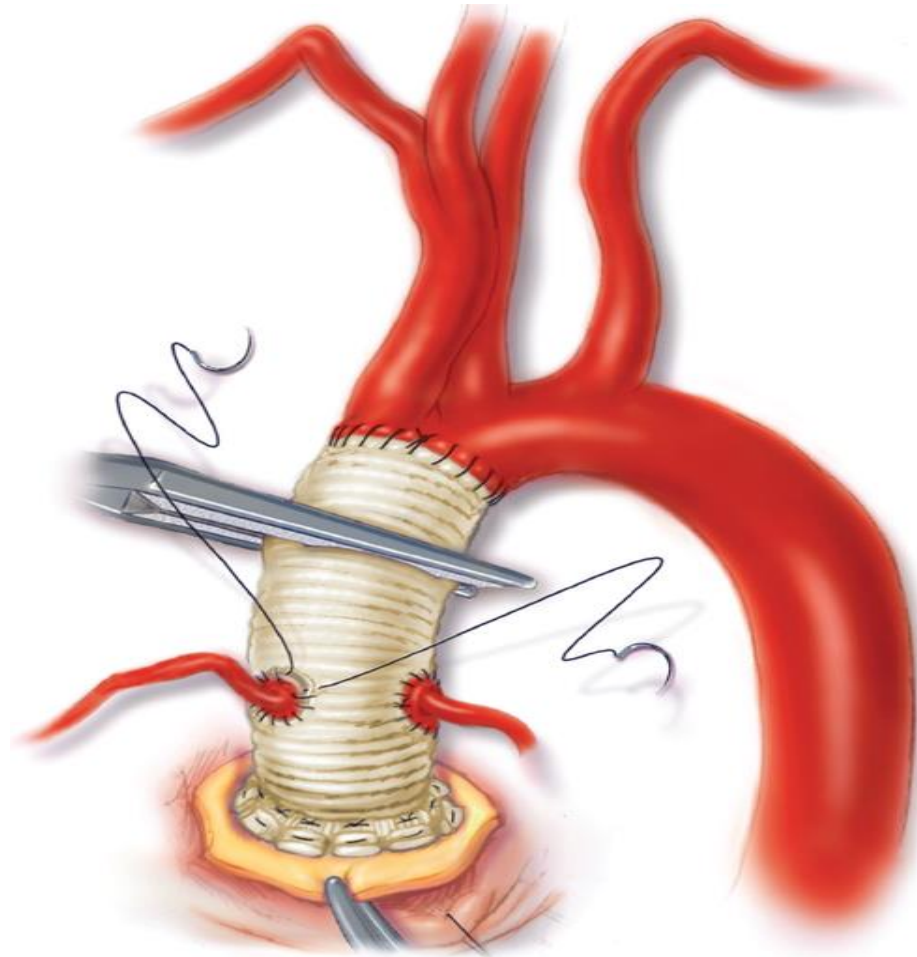
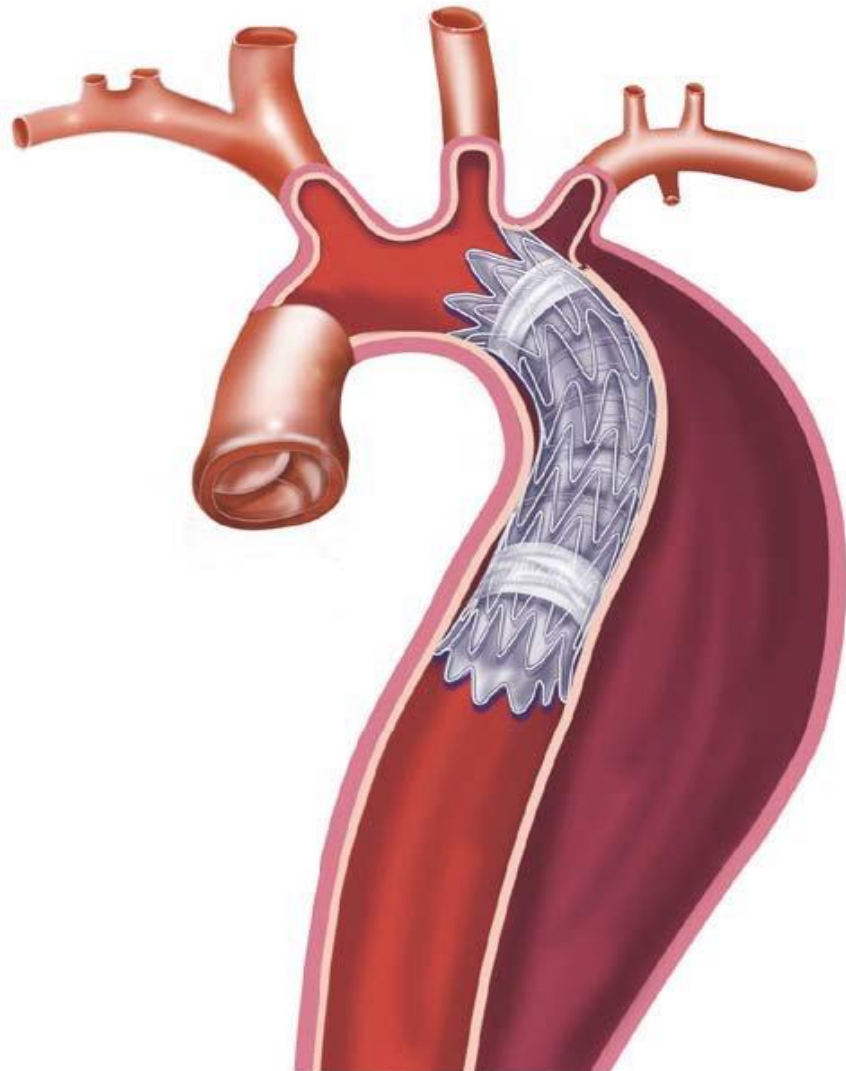
L'échocardiographie transoesophagienne , l'IRM thoracique et surtout la l'angioTDM thoracique confirment le diagnostic



# TRT

Type A : chirurgie +++

Type B : TRT médical anti HTA  
TRT end vasculaire



## Les douleurs péricardiques

La péricardite aiguë: ( inflammation des feuillets du péricarde , sèche ou avec épanchement )

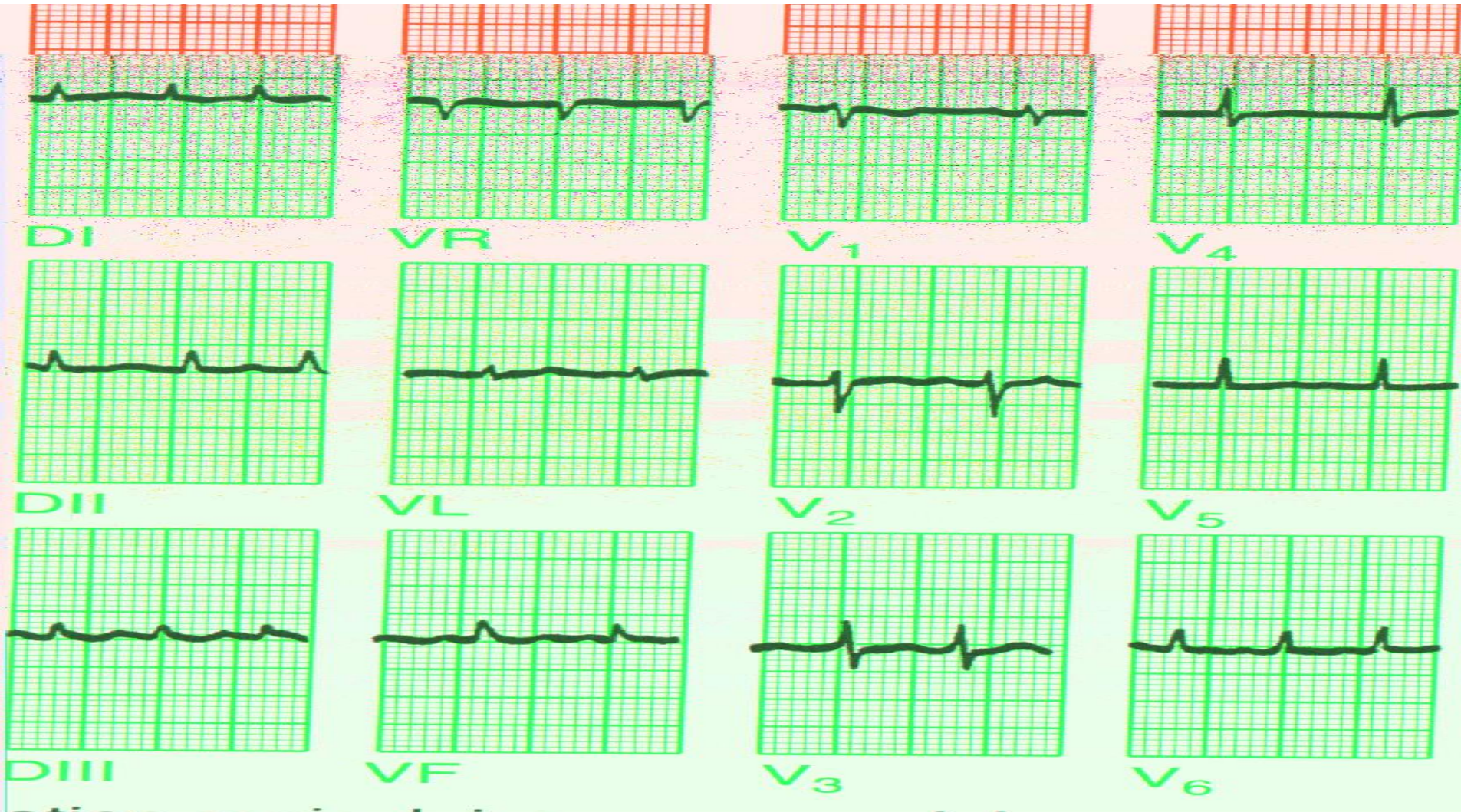
la douleur précordiale, constrictive ou non irradiant à l'épaule ou au bras gauche , mais augmentée par l'inspiration et la toux, et diminuée par l'antéflexion

Elle s'accompagne de dyspnée avec polypnée.

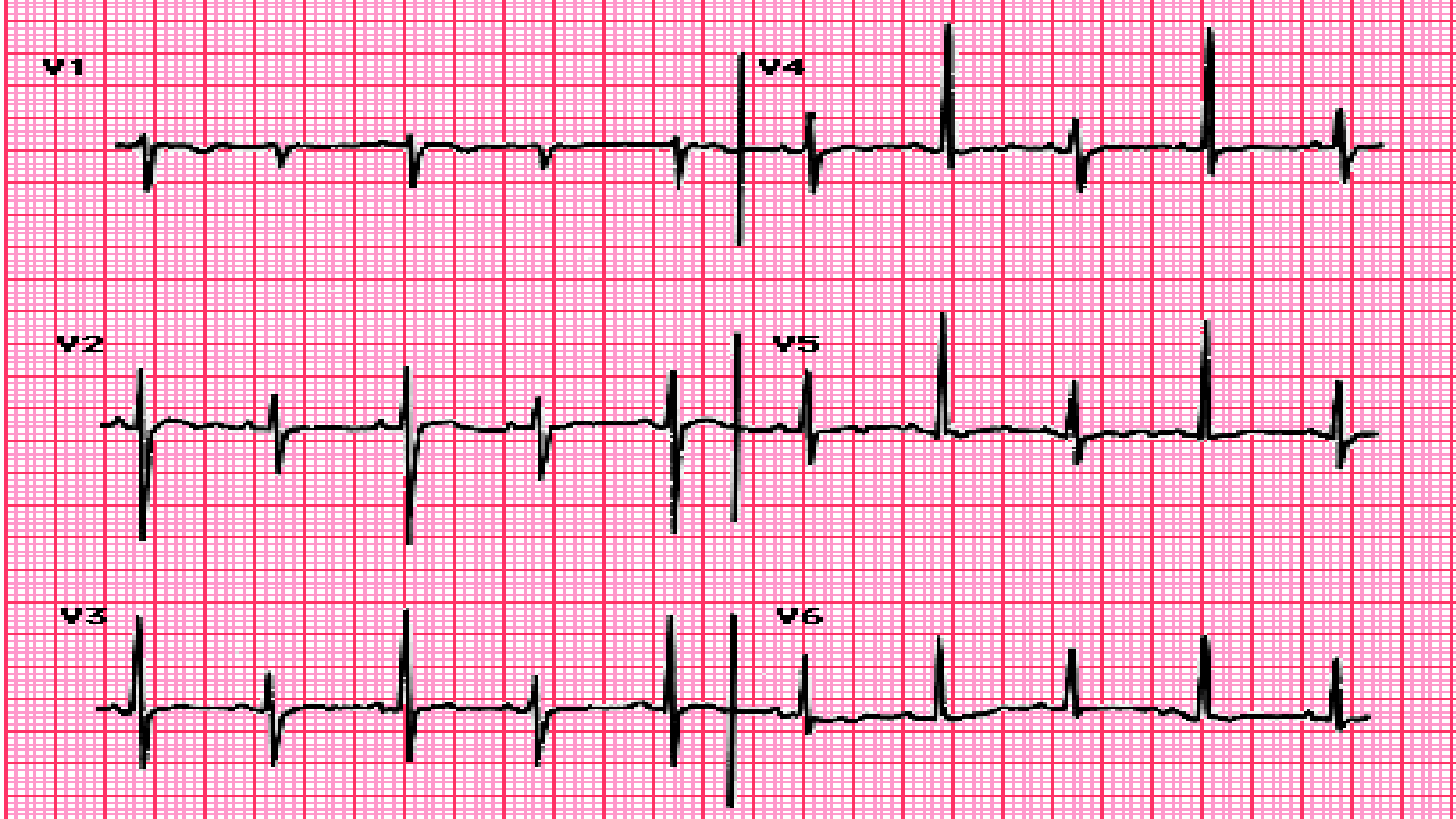
Notion de syndrome grippal 1 a 2 semaines avant.

L'examen retrouve un frottement péricardique mésocardiaque, de temps variable, systolique, ou diastolique ou systolodiastolique superficiel variable avec la position du malade et dans le temps.

L'ECG peut montrer un bas voltage avec des troubles de la repolarisation diffus, alternance électrique, sous décalage P-Q

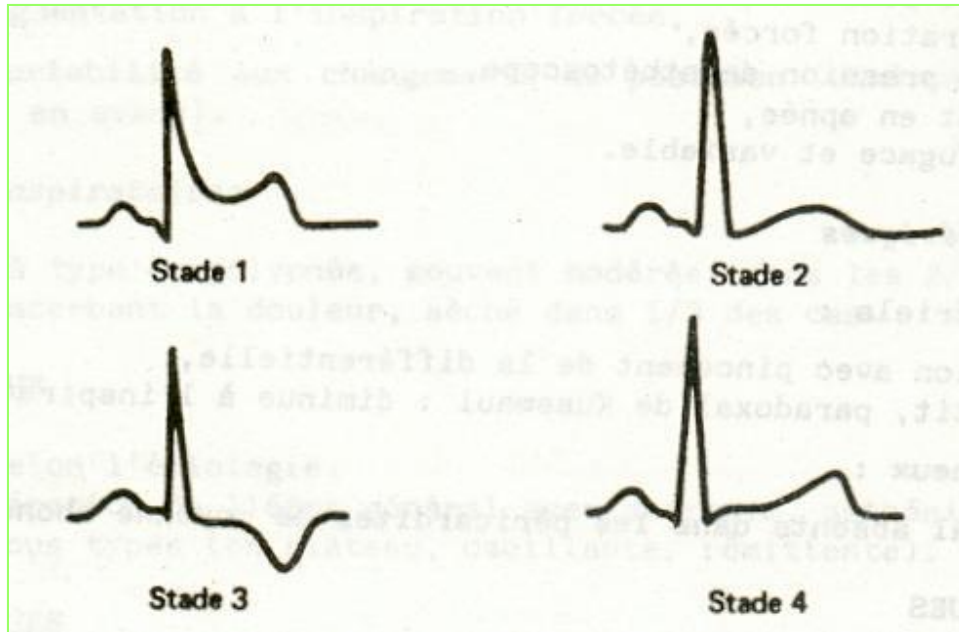


**Microvoltage**



**alternance électrique (signe d'un épanchement abondant)**

# Troubles de la repolarisation



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 abondant : cœur en « carafe » .





# **Objectif pédagogique n° 4 : Connaître les principales causes extracardiaques d'une douleur thoracique**

## **Douleurs pleuropulmonaires**

### **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



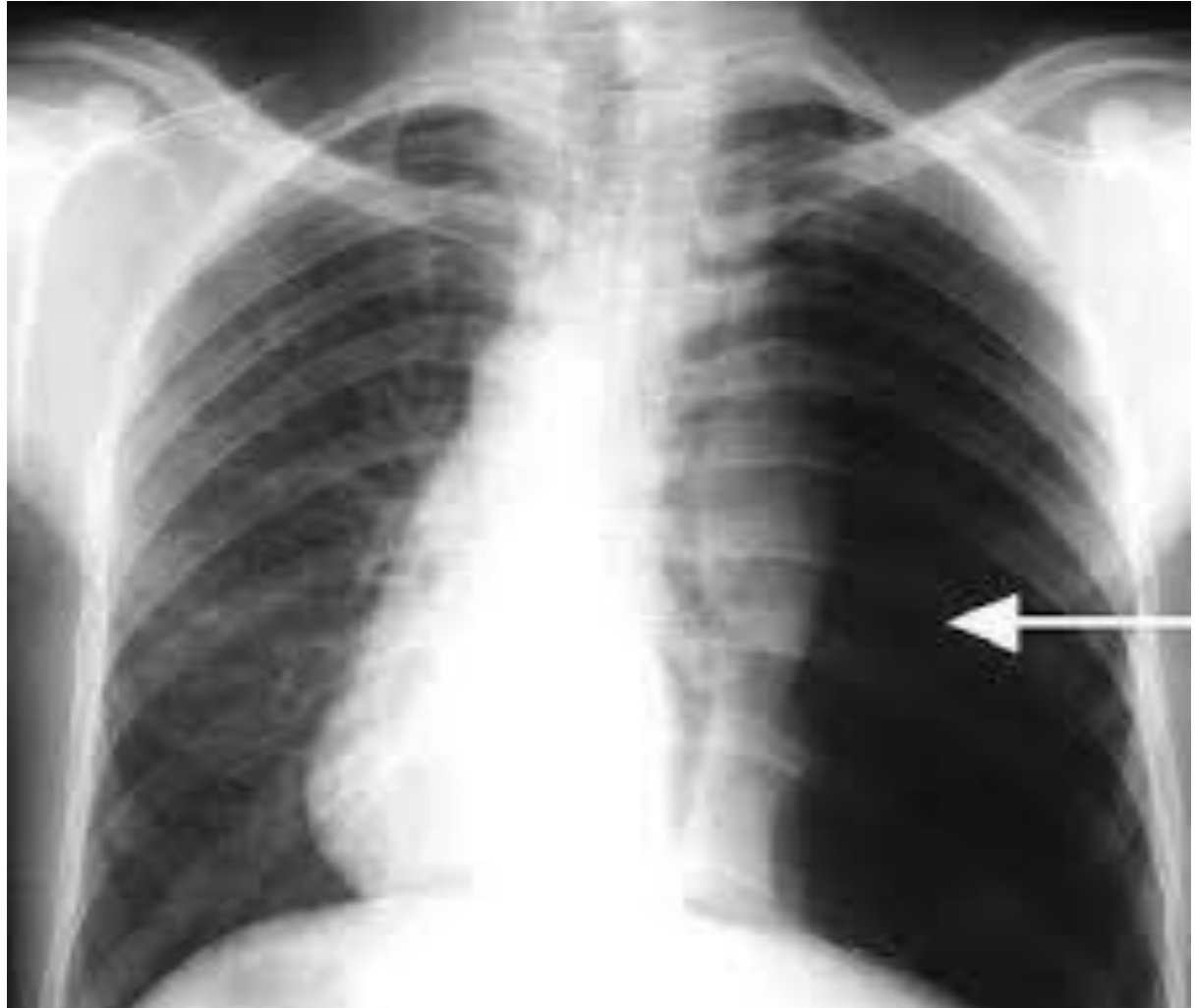
•



•

## 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 crépitant localisé



## Douleurs d'origine digestive

- Reflux gastro-œsophagien: brûlure rétrosternale, accentuée en position penchée en avant, rythmée par les repas
- Spasmes œsophagiens: douleur médiosternale, brève, simulant la douleur angineuse, sensible à la trinitrine, déclenchée par la déglutition
- Ulcère gastroduodénal: douleur épigastrique en général
- Pancréatite aiguë: douleur épigastrique violente, transfixiante, calmée en chien de fusil

## Douleurs pariétales ++++++

Douleurs superficielles accentuées par le toucher

# Douleur d'origine extracardiaque (psychogène)

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

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**