

La douleur thoracique

- 3 -

I. Introduction :

La douleur thoracique est un motif de consultation très fréquent notamment aux urgences. Il s'agit donc d'un symptôme très fréquent qui pose le problème de son étiologie extrêmement variée mais dominée par les causes cardiovasculaires et en priorité par l'insuffisance coronaire.

Un interrogatoire précis et un examen clinique minutieux permettent souvent d'orienter le diagnostic.

II. Démarche diagnostic :

A. Interrogatoire

Bien conduit l'interrogatoire permet le plus souvent une bonne orientation diagnostic et pour cela il doit préciser certains caractères de cette douleur thoracique.

1. Le siège : rétrosternale, basithoracique ou plus généralement précordial.
2. L'étendue : punctiforme désignée par le doigt ou bien diffuse désignée par le plat de la main
3. Le type : douleur superficielle ou profonde, à type de constriction, de pincement, de brûlure ou d'arrachement.
4. Les irradiations : dos, épaules, poignets, mâchoires
5. L'ancienneté : aigüe ou chronique
6. Le mode évolutif : épisode unique, répété, paroxysmes, périodes d'accalmies, horaire particulier
7. Mode de déclenchement : spontané, à l'effort ou postural
8. Facteurs atténuants : positionnels (antéflexion) ou médicamenteux (trinitrine)
9. La durée : heure de début et durée de quelques minutes à quelques heures
10. Signes d'accompagnement : fonctionnels (dyspnée, palpitations, lipothymies, pyrosis) ou généraux (fièvre, anorexie) *parfois de l'angine*

L'interrogatoire doit être complété par :

- La recherche des antécédents médicaux (maladie thromboembolique, syndrome coronarien, pneumothorax, épisode infectieux récent...), et chirurgicaux.
- La recherche des facteurs de risque cardio-vasculaires: âge (> 45 pour l'homme et >55 ans pour la femme), le sexe masculin, le tabagisme, le diabète, l'HTA, la dyslipidémie, l'obésité, la sédentarité, le stress et l'hérédité coronaire.

B. Examen physique

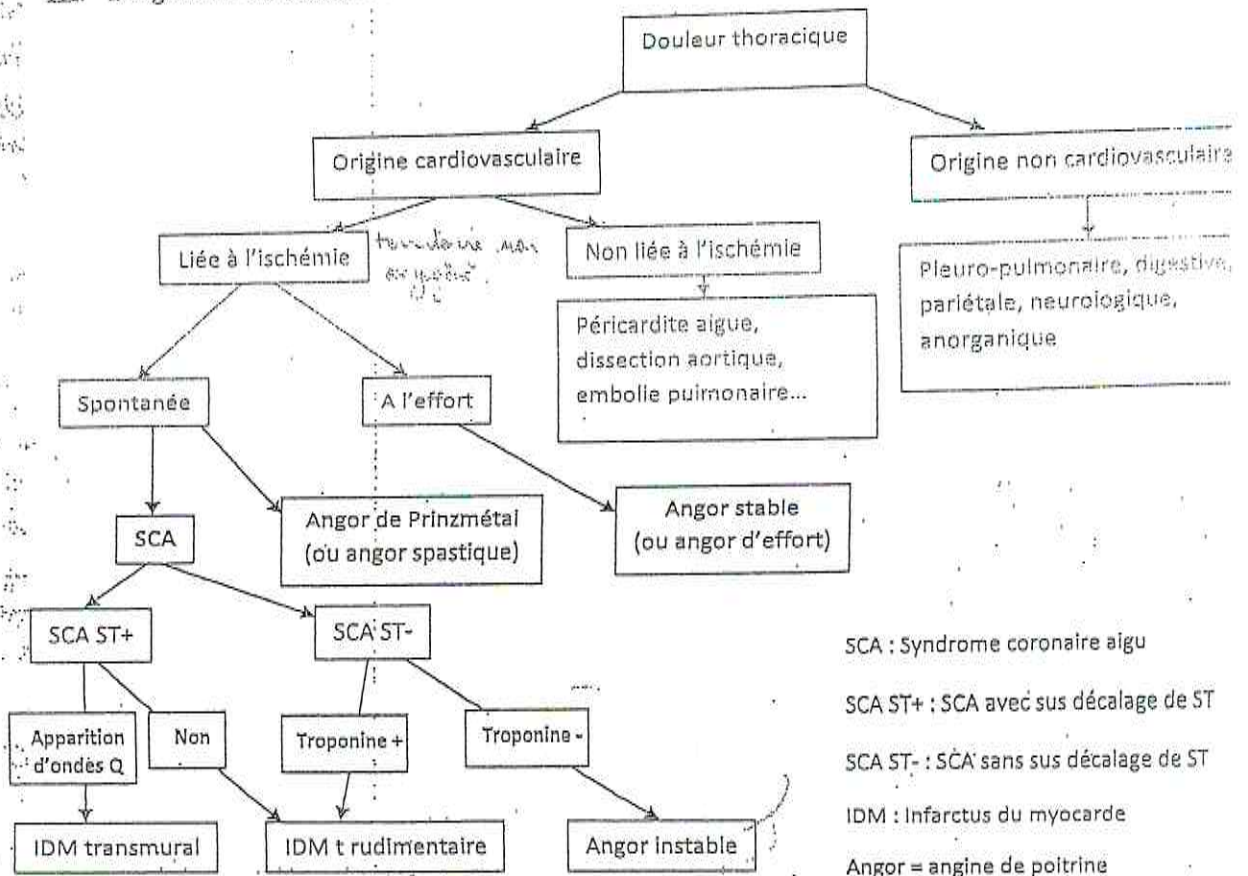
Doit être complet et centré sur l'appareil cardio-vasculaire et pleuro-pulmonaire

C. Examens complémentaires :

L'ECG et la radiographie thoracique sont des examens systématiques et obligatoires devant toute douleur thoracique d'apparition récente. D'autres examens peuvent être effectués selon l'orientation diagnostique, coronarographie et D-dimère en cas d'embolie pulmonaire et troponines en cas d'IDM par exemple.

SÉTIAN
MFDS

III. Diagnostic étiologique :



Les étiologies cardio-vasculaires

Les causes de ces douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire sont multiples :

A. Angor stable ou angor d'effort :

Typiquement, il s'agit d'une douleur médio-thoracique, rétro sternale, à type de constriction (en étouffement) ou de brûlure, irradiant dans le cou, la mâchoire ou le bras. Elle possède trois caractères essentiels :

- Elle est rythmée par l'effort : déclenchée par l'effort, elle cède à l'arrêt de celui-ci
- Elle est de brève durée cédant spontanément en quelques minutes après l'arrêt de l'effort.
- Elle est habituellement sensible à la trinitrine cédant en moins de 5 minutes après une bouffée sub-linguale de Trinitrine.

La présence de plusieurs facteurs de risque renforce la suspicion d'une origine coronarienne de la douleur.

B. Angor de Prinzmetal (angor spastique) :

C'est une forme d'angine de poitrine liée à un spasme coronaire, se manifeste par une douleur angineuse typique

- Relativement prolongée mais sensible à la Trinitrine
- Spontanée, survenant au repos, sans aucun facteur déclenchant.
- Horaire fixe : Le plus souvent nocturne, la 2ème moitié de la nuit entre 7 et 8 heures du matin.
- Parfois elle survient après arrêt d'un effort intense.
- Signes associés : Palpitations, lipothymies, et syncopes liées à des troubles rythmiques.

C. Syndrome coronaire aigu :

La douleur thoracique possède les caractères des douleurs angineuses classiques : douleur thoracique antérieure, médiane, rétro-sternale, à type de constriction ou de brûlure, irradiant vers le cou, les mâchoires, l'épaule ou le bras (souvent gauche). Elle diffère de l'angor d'effort classique (ou angor stable) par certains caractères séméiologiques :

- sa forte intensité
- sa survenue au repos
- sa durée prolongée (> 15 minutes)
- son insensibilité à la trinitrine

La prise en charge immédiate tient compte des données de l'ECG qui permet de séparer les SCA avec sus-décalage du segment ST et les SCA sans sus-décalage du segment ST (+++)

- Les SCA avec sus-décalage de ST correspondent le plus souvent à un infarctus en voie de constitution. Ils résultent d'une occlusion complète d'une artère coronaire par un thrombus fibrino-plaquettaire. L'objectif est de rétablir le flux coronaire le plus rapidement possible afin de limiter l'étendue de la nécrose.
- SCA sans sus-décalage du segment ST correspondent soit une occlusion incomplète d'une artère coronaire par un thrombus fibrino-plaquettaire soit à des petites embolies distales d'embolies plaquettaires à l'origine de zones de micro nécrose authentifiées par une élévation du taux de la Troponine

D. La dissection aortique :

La douleur débute brutalement et devient rapidement d'une intensité extrême. Elle est décrite comme une douleur médio-thoracique, profonde à type de brûlure ou de serrement irradiant dans les épaules puis le dos et enfin la région lombaire selon l'étendue de la dissection. Le diagnostic clinique s'appuie sur

- Le contexte : hypertension artérielle, maladie du tissu élastique (Marfan)
- Le caractère migrateur et descendant de la douleur
- L'apparition d'un souffle diastolique d'insuffisance aortique (inconstant)
- L'asymétrie des pouls et de la tension artérielle
- La normalité de l'ECG (sauf en cas de dissection coronaire associée)

E. La péricardite aiguë

La douleur serait liée à l'inflammation de la plèvre pariétale adjacente au péricarde et donc plus fréquente lors des péricardites infectieuses (virales+++)

La douleur est médio-thoracique antérieure, à type de brûlure majorée par la toux et l'inspiration profonde, calmée par l'antéflexion. A l'examen, la fièvre et le frottement péricardique orientent le diagnostic.

F. L'embolie pulmonaire :

La douleur thoracique est le plus souvent de type pleural en rapport avec un infarctus pulmonaire sous-pleural. Dans ce cas la douleur survient brutalement, perçue comme un point de côté lancinant, souvent basithoracique, augmentée par la toux et l'inspiration profonde. Elle s'accompagne d'une dyspnée, d'une angoisse et d'une hémoptysie de sang noirâtre 24 à 48 heures plus tard (infarctus pulmonaire). Plus rarement, en cas

