

Item 228 – Douleur thoracique aigüe et chronique

Introduction

- Symptôme très fréquent
- Etiologies variées
- URGENCES à éliminer : **PIED**

Démarche diagnostique

Constantes

Signes de gravité

- Cardio : tachycardie, hypotension, pouls paradoxal de Kussmaul, signes de choc, signes d'IC aigüe
- Respiratoire : polypnée, signes de lutte/défaillance, cyanose
- Neurologique : confusion, agitation, Glasgow

Orientation diagnostique

- Constantes :
 - Asymétrie tensionnelle, absence de pouls => dissection aortique
 - Pouls paradoxal de Kussmaul => tamponnade
- Inspection :
 - Signes d'IV droite => EP, tamponnade, infarctus du VD
 - Position antalgique en antéflexion => péricardite
 - « Grosse jambe rouge » => EP
- Auscultation cardiaque :
 - Frottement péricardique => myo/péricardite
 - Souffle d'IA récent => dissection aortique
 - Signes d'IVG => infarctus compliqué, myocardite
- Auscultation pulmonaire :
 - Foyer de crépitants => pneumopathie
 - Frottement pleural => pleurésie
- Percussion thoracique :
 - Matité => épanchement pleural
 - Tympanisme => pneumothorax
- Palpation :
 - Douleur chondro-costale => syndrome de Tietze
 - Douleur abdominale provoquée => UGD, cholecystite
 - Signes de phlébite => EP

Examens complémentaires

ECG 18D

Ischémie		Myo/péricardite	EP
▪ Sus-décalage ST systématisé + miroir => IDM	▪ Sous-décalage ST, ischémie sous-épicaire => SCA	▪ Sus-décalage concave, diffus, non systématisé, pas de miroir, sous-décalage de PQ => Péricardite	▪ Tachycardie sinusale ▪ S1Q3 ▪ Axe droit, BBD récent

Radio thoracique

EP	Pneumopathie	PNO	Epanchement pleural	Dissection	Péricardite
▪ Normale ++ ▪ Ascension coupole ▪ Atélectasie ▪ Infarctus pulmo	▪ Foyer alvéolaire +/- systématisé	▪ Hyperclarté apicale ▪ Rétraction pulmonaire	▪ Complètement culs de sacs pleuraux ▪ Densité basale délimitée par ligne de Damoiseau	▪ Elargissement médiastin sup	▪ Cardio-mégalie

- **Bilan bio** : bilan standard + tropon + D-dimères + GDS + lactates
- Imagerie complémentaire : selon orientation

Etiologies cardio-vasculaires

Maladie coronaire	<u>Douleur angineuse</u> :			
	▪ Constrictive ▪ Rétro-sternale ▪ En barre ▪ Irradiant vers le bras gauche et/ou la mâchoire			
	▪	SCA-ST+	SCA-ST-	
		IDM	Angor instable	Infarctus sans onde Q
	Mécanisme	▪ Occlusion complète et aiguë d'une artère coro => nécrose transmurale	▪ Occlusion partielle d'une ou plusieurs a. coro => ischémie ou nécrose sous-endocardique	
	Douleur	▪ Prolongée > 30min, Trinitro-résistante ▪ Intense	▪ Au repos +/- prolongée (récidivante) ▪ OU ▪ A l'effort : angor de novo ou crescendo	
	Troponine		Tn – (2 prélèvements séparés de 3h)	Tn +
	ECG	▪ Onde de Pardee systématisée + miroir ▪ ST +	▪ Normal ▪ ST- (lésion sous-endocardique) ▪ Onde T – (ischémie sous-épicaudique dans un territoire)	
	Diagnostic	Clinique + ECG		Clinique + ECG + bio + ETT
	PEC	▪ Scope ▪ VVP ▪ Tt anti-thrombotique (aspirine /clopidogrel / prasugrel) ▪ Antalgique (morphine) ▪ Ionotropes si choc ▪ O2 +/- VNI		▪ USIC ▪ Stratification du risque : test ischémie, coronarographie
Puis revascularisation coro urgente :				
	▪ < 90-120 min : angioplastie primaire ▪ > 120 min et douleur < 3h : thrombolyse			
	<u>Angor stable</u> :			
	▪ Douleur à l'effort, calmée à l'arrêt de celui-ci, trinitro sensible, non prolongée (qq min) ▪ ECG normal ++ ▪ Tn – ▪ Exploration non invasive en externe			
EP	▪ = occlusion d'une ou plusieurs branches des artères pulmonaires ▪ ATCD de MTEV, thrombophilie, pilule + tabac, alitement prolongé, chirurgie récente, vol long courrier, cancer ▪ <u>Douleur</u> : - Brutale - Basi-thoracique - Type de point de côté, « en coup de poignard » - Modifiée par les mouvements respiratoires			

	▪ <u>Signes d'accompagnement</u> : fièvre, signes respiratoires (dyspnée, polypnée, toux, hémoptysie) ▪ <u>Signes de gravité</u> : syncope, état de choc avec signes d'IVD ▪ <u>Examen clinique</u> : signe de phlébite, signes d'IVD ▪ <u>ECG</u> : tachycardie sinusale, S1Q3, déviation axiale droite, BBD ▪ <u>Radiographie de thorax</u> : normale +++, suélévation de coupole, atélectasie, infarctus pulmonaire, épanchement pleural ▪ <u>Biologie</u> : D-dimères, effet shunt (hypoxie + hypocapnie), marqueurs de souffrance du VD (tropo, BNP) ▪ <u>Diagnostic positif</u> : angioscanner thoracique +++, scintigraphie pulmonaire, échographie cardiaque (CPA ?), echo-doppler veineux des MI ▪ <u>PEC</u> : - USIC ou réa - Repos au lit strict - Scope, surveillance constante - VVP, remplissage - Anticoagulation efficace + relais AVK précoce - Thrombolyse si choc
Dissection aortique	▪ = Déchirure aortique avec création d'un faux chenal entre intima et média ▪ Urgence médico-chirurgicale absolue ▪ <u>Facteurs prédisposant</u> : syndrome de Marfan, HTA, atteinte poly-artérielle ▪ <u>Douleur</u> : - Brutale - Très intense - A type de déchirure - A irradiation dorsale - Migratrice - Persistante ▪ <u>Examen clinique</u> : - Abolition d'un ou plusieurs pouls - Asymétrie tensionnelle (> 30 mmHg) - Souffle diastolique d'IA récent ▪ <u>ECG</u> : normal + ▪ <u>Radio</u> : élargissement du médiastin sup ▪ <u>Diagnostic</u> : ETO (ETT), angioscanner pan-aortique ▪ <u>PEC</u> : ○ Dissection de aorte initiale => urgence chirurgicale absolue ○ Dissection de aorte descendante (type B) : - Surveillance scopée en USIC/réa - Anti-hypertenseur IV (obj : TA systolique < 120 mmHg) - Anticoagulation contre-indiquée - Antalgique - Endoprothèse aortique dans certaines situations
Douleurs péricardiques	<u>Péricardite virale aiguë</u> : ▪ Syndrome pseudo-grippal récent, fièvre, toux ▪ <u>Douleur</u> : - Brutale - Précordiale, simulant douleur angineuse ou latérothoracique - Majorée par inspiration, toux, décubitus dorsal - Diminuée à antéflexion - Prolongée - Non liée à effort - Trinitro-résistante ▪ <u>Examen clinique</u> : frottement péricardique, assourdissement des Bdc, signes de

	tamponnade (IVD, s. de choc, pouls paradoxal de Kussmaul) +/- ▪ ECG : normal ++, sus-décalage ST diffus concave, pas de miroir, négativations des ondes T, sous-décalage du segment PQ, microvoltage ▪ ETT : normale (péricardite sèche) ou épanchement péricardique (tamponnade), bilan étiologique ▪ Radio : élargissement de la silhouette cardiaque +/- épanchement pleural ▪ Bio : syndrome inflammatoire biologique, tropo négative ▪ PEC : aspirine ou autre anti-inflammatoire <u>Autres étiologies</u> : ▪ Post-infarctus précoce (sd de Dressler), néoplasie, tuberculose, purulente, maladie auto-immune, post-opératoire
Autres étiologies	
Pleuro-pulmonaire	▪ Pneumopathie infectieuse : fièvre, toux, expectorations, foyer de crépitants ▪ Pneumothorax : - Sujet jeune, longiligne, fumeur, décours d'un effort - Douleur thoracique brutale, en coup de poignard - Tympanisme, abolition MV ▪ Épanchement pleural : douleur basithoracique augmentant à toux et inspiration, matité déclive, diminution MV
Digestive	▪ RGO, oesophagite : - Douleur rétrosternale ascendante, favorisée par antéflexion et décubitus post-prandial - Pyrosis => pHmétrie, FOGD ▪ Spasme oesophagien : - Simule douleur angineuse, calmée par trinitrine => Manométrie oesophagienne ▪ Ulcère gastro-duodénal : - Douleur épigastrique, rythmée par repas => FOGD ▪ Cholecystite, angiocholite : - Douleur de hypochondre droit, reproduite à palpation - Signe de Murphy => écho abdominale ▪ Pancréatite aigüe : - Douleur épigastrique transfixiante => amylase, lipase, scanner abdominal
Pariétale	▪ Reproductibilité à la palpation et aux mouvements ▪ Syndrome de Tietze (arthrite chondro-costale) : douleur parasternale reproduite à palpation de l'articulation chondro-costale ▪ Post-traumatique : fracture de côte (point douloureux exquis à la palpation), fracture, tassement vertébral (douleur radiculaire) ▪ Oséo-articulaire/neurologique : névralgie cervico-brachiale, péri-arthrite scapulo-humérale, pathologie vertébrale, douleur post-zostérienne => radiographie, scanner
Psychogène	▪ Diagnostic d'élimination ▪ ATCD psychologiques, anxiété ▪ Douleur polymorphe et variable, brève ou très prolongée, atypique