INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

PNEUMOLOGIE
CARDIOLOGIE
REANIMATION - URGENCES

Douleur thoracique aiguë et chronique

I-I-197

Dr Alain COMBES
Praticien Hospitalier Universitaire

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Douleur thoracique aiguë et chronique

Objectifs :

– Diagnostiquer une douleur thoracique aiguë et chronique.
– Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

- Le problème essentiel est d'ordre étiologique, car certaines étiologies mettent en jeu le pronostic vital et nécessitent un traitement d'urgence.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

A/ Bilan de gravité

- Des signes de gravité pouvant imposer des gestes immédiats de réanimation sont à rechercher d'emblée.

1. Signes cardiovasculaires

- Collapsus, état de choc ou, au contraire, poussée hypertensive.
- Signes d'insuffisance cardiaque gauche (galop, souffle systolique d'insuffisance mitrale fonctionnelle, crépitants aux bases pulmonaires).

2. Signes respiratoires

- Cyanose marquée.
- Encombrement bronchique.
- Polypnée extrême.
- Épuisement respiratoire.
- Signes d'encéphalopathie hypercapnique : astérixis, agitation, puis troubles de la conscience.
- La constatation de tels signes amène à effectuer certains gestes d'urgence (drogues inotropes, oxygénothérapie, intubation, etc.) et à prendre contact, en vue d'un transfert, avec un centre de réanimation.

B/ Examen clinique

1. Anamnèse

a) Antécédents

– On recherche des antécédents thromboemboliques, coronaires, de pneumothorax, la notion d'un épisode infectieux récent des voies aériennes supérieures.
– On fait la liste des facteurs de risque de l'athérome.

b) Facteurs déclenchants de la douleur

– Effort : angor d'effort…

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Toux : pathologie broncho-pulmonaire.
– Postprandiale, position penchée en avant : reflux gastro-œsophagien.
– Inspiration profonde : péricardites, douleurs pleuropulmonaires.
– Pression du thorax : douleur pariétale.

c) Facteurs diminuant la douleur
– Arrêt de l'effort : angor d'effort.
– Trinitrine : angor.
– Antéflexion : péricardite.
– Alimentation, lait, antiacides : reflux gastro-œsophagien, ulcère.

d) Siège de la douleur
– Rétrosternale en barre : angor, IDM, péricardite.
– Basithoracique : embolie pulmonaire, pneumopathie, pneumothorax, pleurésie.
– Migratrice vers le dos, les lombes : dissection aortique +++.
– Rétrosternale ascendante : reflux gastro-œsophagien.

e) Type de douleur
– Constrictive : angor, péricardite,
– Brûlure : angor, reflux gastro-œsophagien.

f) Irradiations
– Épaules, bras, maxillaire inférieur : angor, IDM,
– Migratrice vers le dos, les lombes : dissection aortique.

g) Durée de la douleur
– Quelques secondes : pathologie fonctionnelle surtout.
– Quelques minutes : angor.
– Plusieurs heures : IDM, dissection aortique, péricardite…

h) Symptômes associés
– Signes fonctionnels respiratoires : dyspnée, en sachant que l'intensité de la douleur, surtout si elle est liée à la respiration (péricardite), peut entraîner une gêne respiratoire ; toux, expectoration, hémoptysie.
– Signes fonctionnels cardio-vasculaires : palpitations, lipothymies ou syncopes, claudication intermittente.
– Signes fonctionnels digestifs : nausées, vomissements, douleurs abdominales associées, troubles du transit, pyrosis.
– Autres symptômes et signes généraux : fièvre, anorexie, amaigrissement, troubles de la conscience.

2. Examen physique

a) Examen de l'appareil respiratoire
– Auscultation, palpation et percussion des champs pulmonaires.
– Recherche d'une cyanose, d'un hippocratisme digital.

b) Examen cardiovasculaire
– Mesure de la pression artérielle aux deux bras.
– Palpation comparative de tous les pouls périphériques.
– Auscultation du précordium et des axes vasculaires.
– Recherche de signes d'insuffisance ventriculaire droite.
– État veineux et trophique des membres inférieurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

c) Examen général complet

– Une attention particulière sera portée sur :
  * l'examen de l'abdomen ;
  * l'examen neurologique ;
  * l'examen du rachis et du gril costal.

C/ Examens complémentaires

- Seront systématiquement pratiqués :
  – ECG ;
  – radiographie thoracique face et profil ;
  – enzymes cardiaques ;
  – gaz du sang ;
  – biologie sanguine et NFS plaquettes.
- Au terme de l'examen clinique et de quelques examens complémentaires systématiques, il existe le plus souvent une forte orientation diagnostique. Les autres examens (échographie cardiaque, scintigraphie pulmonaire, angiographie pulmonaire, scanner thoracique, fibroscopie gastrique) seront prescrits au cas par cas, selon l'orientation étiologique.

CAUSES

A/ Douleurs d'origine cardiaque

1. Insuffisance coronarienne : syndrome coronarien aiguë

a) Angor d'effort (QS)

– La douleur est intense, à irradiations limitées, liée à l'effort, favorisée par les montées, le froid, le vent. Elle est de brève durée, cédant à l'arrêt de l'effort et plus rapidement à la prise de dérivés nitrés.
– L'examen clinique est normal, sauf en cas d'insuffisance cardiaque associée,
– L'ECG percritique n'est jamais normal : troubles de la repolarisation (ischémie, ischémie-lésion sous-endocardique).
– L'ECG de repos intercritique peut être strictement normal.
– C'est alors l'indication d'un ECG d'effort, éventuellement complété par une coronarographie.

b) Angor de Prinzmetal, syndrome de menace

– Ils réalisent des formes de sévérité intermédiaire entre l'angor d'effort et l'IDM, mais imposent l'hospitalisation en unité de soins intensifs cardiologiques du fait du risque de survenue d'un IDM.

c) Infarctus du myocarde (QS)

– Il réalise une douleur angineuse prolongée avec un sus-décalage du segment ST à l'ECG, et trinitrorésistante.
– L'urgence est de débuter le traitement adapté : la thrombolyse.
– L'élévation enzymatique retardée confirme le diagnostic.

2. Péricardite aiguë (QS)

- Trois types de douleur :
  – la plus fréquente : douleur médiothoracique, majorée par la toux, l'inspiration profonde, les changements de position, à irradiation dans le cou et les épaules, parfois dans le dos et l'abdomen supérieur ;
  – douleur constrictive rétrosternale stable (face interne du péricarde pariétal) ou irritation périadventitielle des artères coronaires superficielles ;
  – douleur thoraco-scapulaire gauche rythmée par les battements du cœur.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- L'examen clinique recherche le frottement, pathognomonique et surtout des signes de tamponnade : collapsus, signes de bas débit périphérique, turgescence des jugulaires, hépatomégalie sensible avec reflux hépato-jugulaire, pouls paradoxal.
- L'échocardiographie, si possible au lit du malade, confirme le diagnostic en montrant un espace vide d'écho entre l'épicarde ventriculaire et la face interne du péricarde pariétal.
- Un geste d'urgence (ponction péricardique par voie sous-xiphoïdienne), complété le plus souvent par un drainage chirurgical, peut s'imposer en raison de la mauvaise tolérance hémodynamique ; il permet en outre l'analyse du liquide péricardique et la biopsie chirurgicale du péricarde, essentielle au diagnostic étiologique.
- L'héparinothérapie et, a fortiori, la thrombolyse sont strictement contre-indiquées.

3. Dissection aortique

a) Physiopathologie

– Le mécanisme lésionnel initial est une brèche intimale, puis il se produit un clivage de la media, par irruption brutale de sang créant une deuxième lumière artérielle (faux chenal), souvent de diamètre plus important que le vrai chenal et où le sang circule à vitesse réduite.
– La dissection peut progresser vers l'aval ou vers l'amont (vaisseaux coronaires, orifice aortique).

b) Classification de De Bakey

– **Type I :** l'orifice d'entrée est sur l'aorte ascendante, et la dissection s'étend vers l'aval jusqu'à l'aorte descendante, voire l'aorte abdominale. Il existe souvent une dissection associée rétrograde vers les coronaires et l'orifice aortique.
– **Type II :** l'orifice d'entrée est également sur l'aorte ascendante, mais la dissection reste limitée à l'aorte ascendante.
– **Type III :** l'orifice d'entrée est situé au niveau de l'aorte thoracique descendante, et la dissection s'étend vers l'aval, sur une longueur variable.

c) Facteurs prédisposants

– Hypertension artérielle surtout.
– Syndrome de Marfan.
– Cathétérisme artériel traumatique.

d) Diagnostic clinique

– La douleur est typiquement très intense, d'emblée maximale, de siège thoracique haut, migrant secondairement vers le dos, les lombes, l'abdomen.
– L'examen clinique recherche :
  * une asymétrie tensionnelle ;
  * une asymétrie des pouls ;
  * un souffle diastolique d'insuffisance aortique frottement péricardique,signant la rupture intrapéricardique ;
  * des signes de gravité : collapsus, choc, tamponnade, hémothorax, hémomédiastin, atteinte des artères viscérales (AVC, paraplégie, infarctus rénal…).

e) Examen paraclinique

– La radiographie de thorax montre un élargissement du médiastin supérieur et parfois un aspect pathognomonique en double contour de l'aorte.
– L'ECG est le plus souvent normal, parfois il montre des troubles non spécifiques de la repolarisation. En cas de dissection coronaire associée, il existe des signes de nécrose.
– L'échographie Doppler cardiaque transthoracique et transœsophagienne recherche un élargissement de l'aorte, avec mise en évidence du vrai et du faux chenal, séparés par un voile intimal, recherche la porte d'entrée et l'extension de la dissection. C'est l'examen fonda-

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

mental pour le diagnostic en urgence,
– Le scanner thoracique, l'IRM thoracique, ou l'aortographie apportent des résultats voisins et sont parfois utiles en complément du bilan mais ne doivent pas retarder l'indication chirurgicale.

f) Évolution – Pronostic
– Mortalité majeure pour les types I et II (> 80 %).
– Mortalité moindre en cas de type III (40 % à un mois).

g) Traitement
– Urgence chirurgicale dans les types I et II : remplacement de l'aorte thoracique ascendante avec réimplantation des coronaires et parfois prothèse valvulaire aortique (intervention de Bentall).
– Urgence différée dans les types III : le traitement antihypertenseur est la priorité, la chirurgie est délicate (repérage de l'artère médullaire d'Adamkiewicz).
– L'héparinothérapie et, a fortiori, la thrombolyse sont formellement contre-indiquées.

4. Autres pathologies
- Myocardiopathie hypertrophique *(QS)*.
- Prolapsus valvulaire mitral *(QS)*.
- HTAP primitive.

B/ Douleurs d'origine pleuro-pulmonaire

1. Embolie pulmonaire *(QS)*
- Elle est très fréquente.
- La douleur est typiquement basithoracique, angoissante, survient dans un contexte évocateur de thrombose veineuse *(QS)*.
- Il peut exister la notion d'une hémoptysie de sang noir.
- On recherche des signes de gravité : dyspnée majeure, cyanose, signes droits, choc.
- L'ECG, les gaz du sang, la radiographie thoracique sont évocateurs.
- Le diagnostic est affirmé par la scintigraphie pulmonaire de ventilation et perfusion et/ou l'angioscanner thoracique.
- Le traitement urgent est l'héparinothérapie et, dans certains cas, la thrombolyse.

2. Pneumopathies et broncho-pneumopathies (QS)
- Il existe une toux, avec expectoration variable, une fièvre.
- La radiographie thoracique contribue au diagnostic.

3. Pneumothorax *(QS)*
- Douleur brutale, sujet longiligne.
- Tympanisme et silence auscultatoire.
- Le diagnostic est donné par la radiographie de thorax.

4. Pleurésies *(QS)*
- Diagnostic radiologique.

C/ Douleurs d'origine digestive

1. Reflux gastro-œsophagien *(QS)*
- Douleur rétrosternale ascendante, postprandiale, avec pyrosis, provoquée par l'antéflexion.
- Diagnostic confirmé par la fibroscopie œso-gastro-duodénale et/ou la pH-métrie œsophagienne.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Rupture spontanée de l'œsophage (rare)
- Douleur d'une violence extrême, avec souvent état de choc, contracture abdominale et emphysème sous-cutané cervical.
- La radiographie de thorax montre un pneumomédiastin et un épanchement pleural gauche aérique.

3. Spasme œsophagien
- La douleur simule volontiers une douleur angineuse, par son siège, ses irradiations, sa sédation à la prise de trinitrine.
- Le diagnostic est donné par la manométrie œsophagienne.
- Le traitement repose sur les inhibiteurs calciques.

4. Autres causes digestives
- Hernie hiatale.
- Cancer de l'œsophage.
- Ulcère sous-cardial.
- Cancer du pancréas.

D/ Douleurs pariétales
- Elles sont le plus souvent majorées par la pression thoracique.

1. Syndrome de Tietze
- Secondaire à une arthrite chondro-costale ou sterno-claviculaire.
- Il est provoqué par la palpation de l'articulation.
- Le diagnostic est confirmé par la radiographie.

2. Fracture de côte
- Fracture classique post-traumatique ou fracture pathologique sur néoplasie.

3. Hernie discale
- L'examen recherche un syndrome radiculaire.

4. Algies zostériennes
- Douleur intense superficielle, à type de brûlure, précédant l'apparition de la lésion dermatologique typique.

E/ Douleurs fonctionnelles
- Diagnostic d'élimination, notamment des « précordialgies nerveuses autonomes ».
- Contexte psychologique particulier (névrose d'angoisse, sujet neurotonique).
- Absence de rapport avec l'effort ; plutôt en rapport avec l'émotion, la fatigue.
- Douleurs punctiformes, souvent précordiales gauches, en coup de poignard ou au contraire prolongées, insensibles aux dérivés nitrés (hors l'effet placebo).
- S'intégrant parfois dans une crise d'angoisse.
- Ou bien isolées avec négativité vérifiée à plusieurs reprises par des examens clinique, radiologique et ECG.
- Mais ce diagnostic est parfois difficile à affirmer, notamment en cas de facteurs de risque cardio-vasculaire associés, et, dans le doute, la prudence (hospitalisation et réalisation de quelques examens complémentaires) s'impose. ■

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Causes des douleurs thoraciques
Douleurs d'origine cardiaque
• Angor d'effort • Angor de Prinzmetal • Infarctus du myocarde • Péricardite aiguë • Dissection aortique • Plus rarement, myocardiopathie hypertrophique, HTAP, prolapsus valvulaire mitral
Douleurs d'origine pleuro-pulmonaire
• Embolie pulmonaire • Bronchopneumopathies et pneumopathies • Pneumothorax • Pleurésie
Douleurs d'origine digestive
• Reflux gastro-œsophagien • Rupture spontanée de l'œsophage • Spasme œsophagien • Autres : ulcère, hernie hiatale, cancer de l'œsophage
Douleurs pariétales
• Syndrome de Tietze • Fracture de côtes • Hernie discale cervicale • Algies zostériennes
Diagnostic d'élimination
• Douleurs psychiques, fonctionnelles.

POINTS FORTS

- **Rechercher des signes de gravité : collapsus, cyanose, épuisement respiratoire.**
- **L'interrogatoire précise les antécédents et la sémiologie de la douleur (facteurs déclenchants, siège, type, irradiations, durée).**
- **Clinique : PA, pouls, auscultation cardio-pulmonaire.**
- **Examens complémentaires nécessaires : ECG, RP, GDS, enzymes cardiaques.**
- **Les diagnostics à évoquer et à éliminer en priorité :**
  - **angor - infarctus ;**
  - **dissection aortique ;**
  - **péricardite ;**
  - **embolie pulmonaire ;**
  - **pneumothorax.**
- **Ce sont de grandes urgences thérapeutiques.**

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier