

NOTES

.....

.....

.....

.....

## 1.5 Douleur médi-thoracique aiguë

[ITEM 132 et 197]

### ► Histoire du cas

Un conducteur de camion de 52 ans est admis aux urgences pour une douleur thoracique centrale, à caractère constrictif. La douleur est survenue alors qu'il chargeait de lourdes caisses dans son camion.

### ► Approche clinique

Si la douleur est encore présente, votre premier souci est de savoir s'il a ou non un infarctus du myocarde. Le premier interrogatoire doit être bref et combiné avec l'enregistrement d'un ECG, car le traitement précoce par l'aspirine ou la thrombolyse peuvent lui sauver la vie (voir Section 2.1.3, p. 70).

Une dissection de l'aorte est possible, mais beaucoup moins fréquente : cette éventualité doit néanmoins être envisagée, parce qu'elle peut être fatale, qu'elle est potentiellement curable et qu'elle constitue une contre-indication de traitement anticoagulant.

Le diagnostic différentiel des douleurs thoraciques centrales fait l'objet du **Tableau 3**. Le court interrogatoire doit permettre d'exclure une douleur pleurale, car le caractère, la localisation et les circonstances de déclenchement de ce type de douleur sont différents (voir Section 1.9, p. 33).

Si un diagnostic de certitude ne peut pas être posé sur la base de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des tests réalisables en urgence, vous devez assumer qu'il s'agit d'une douleur ischémique et que le patient risque

un infarctus ou la mort, dans les heures ou les prochains jours.

### ► Données du problème

#### points clés

Si le malade a toujours des douleurs, enregistrez un ECG, avant même d'achever l'interrogatoire et l'examen.



### La douleur est-elle ischémique ?

#### Quand, où et comment ?

Vous savez que la douleur est survenue lors d'un effort important, mais vous avez besoin de plus de renseignements.

- ▶ Quand est survenue la douleur ?
- ▶ Que faisiez-vous à ce moment ?
- ▶ Où la douleur a-t-elle débuté. Montrez l'endroit avec le doigt.
- ▶ Le début a-t-il été soudain ou progressif ?
- ▶ La douleur s'est-t-elle étendue ailleurs ?

La douleur ischémique :

- ▶ est typiquement provoquée par l'effort ou l'émotion, mais la douleur de l'angor instable et de l'infarctus peut survenir au repos ou même durant le sommeil ;
- ▶ est habituellement ressentie au milieu de la poitrine ;
- ▶ ne commence habituellement pas soudainement, mais s'installe en quelques minutes ;
- ▶ irradie classiquement dans la nuque, la mâchoire ou le bras gauche.

**Tableau 3** Diagnostic différentiel des douleurs thoraciques

Cardiaques communes	Infarctus du myocarde Angor instable
Non cardiaques communes	Œsophagite Musculaire et squelettique
À envisager	Dissection aortique
Moins communes	Péricardites Spasme coronarien

### Quoi ?

Posez des questions spécifiques à propos des caractères de la douleur.

Les patients éprouvent parfois des difficultés à trouver les mots justes pour qualifier leur douleur ; faites leur des suggestions, par exemple : brûlure, serrement, coup de poignard, écrasement, douleur aiguë, étreinte, déchirure, douleur lancinante. Mais donnez suffisamment d'options pour ne pas imposer vos suggestions. La douleur était-elle forte ? Demandez au malade d'évaluer l'intensité de la douleur sur une échelle de 1 à 10 ; 10 étant la douleur la plus violente qu'il puisse imaginer. S'il a déjà eu un angor stable, demandez toujours si la douleur actuelle ressemble à la douleur d'effort ancienne.

La douleur cardiaque ischémique est typiquement une sensation d'écrasement, de serrement ou d'étreinte.

### Avez-vous remarqué quelque chose d'autre que la douleur ?

Des symptômes sont souvent associés à l'infarctus du myocarde.

- ▶ Avez-vous transpiré ?
- ▶ Étiez-vous nauséux ? Avez-vous vomi ?
- ▶ Pensiez-vous que vous alliez mourir ?

### Quelle a été la durée de la douleur ?

La douleur ischémique cardiaque dure plus de quelques secondes et moins de quelques jours.

### Pouvez-vous suspecter un autre diagnostic ?

Considérez les éléments suivants :

#### Dissection aortique ?

Début brutal, douleur déchirante, irradiation dorsale doivent faire penser à la dissection aortique.

#### Œsophagite

La douleur peut être déclenchée en se levant ou en se penchant en avant.

Interrogez :

- ▶ des éructations ?
- ▶ des indigestions dans le passé ?
- ▶ prenez-vous des médicaments pour l'estomac ou l'œsophage ?

- ▶ avez-vous déjà subi une exploration de l'estomac ou une endoscopie ?  
(voir *Gastro-entérologie*, Section 1.2)

### Douleur musculaire ou squelettique ?

Une activité physique inhabituelle peut provoquer, soit une douleur ischémique soit des algies musculaires ou squelettiques. La douleur est habituellement moins vive et de nature différente. Elle peut généralement être améliorée ou aggravée par un changement de position, ce qui n'est pas le cas de la douleur coronarienne. Une atteinte rhumatismale peut provoquer une douleur entrant dans le cadre d'un syndrome de Tietze.

### Péricardite ?

Il s'agit habituellement d'une péricardite virale, chez un sujet jeune, à faible risque coronarien.

Avez-vous eu récemment un état grippal ? La douleur est le plus souvent superficielle, modifiée par la position, améliorée lorsque le patient se penche en avant (voir Section 1.14, p. 52).

### La douleur est-elle due à l'anxiété ?

Des fourmillements au niveau des doigts doivent faire penser à une hyperventilation. Ne vous lancez pas trop vite dans le diagnostic d'anxiété : la douleur ischémique peut s'accompagner d'hyperventilation.

### Éléments d'anamnèse significatifs

L'anamnèse permet d'évaluer le risque de maladie coronarienne chez un patient donné.

Par exemple, une jeune femme sans facteurs de risque coronariens a très peu de chances d'avoir une cardiopathie ischémique, même si elle nous décrit une histoire classique d'angor. Par contre s'il s'agit d'un homme, fumeur, d'âge moyen ou plus âgé qui nous décrit les mêmes symptômes les chances qu'il ait une maladie coronarienne sont très grandes.

### Événements cardiaques antérieurs ?

Angor stable ou instable.

### NOTES

.....  
 .....  
 .....  
 ...

NOTES

.....  
 .....  
 .....  
 ...

Infarctus du myocarde.  
 Cathétérisme cardiaque.  
 Revascularisation myocardique (angioplastie coronaire percutanée transluminale ou pontages coronariens).

**Événements vasculaires non cardiaques ?**

Accident vasculaire cérébral (AVC)  
 Artériopathie périphérique.

**Facteurs de risque ?**

- ▶ Histoire familiale
- ▶ Tabagisme
- ▶ Hypertension artérielle
- ▶ Hypercholestérolémie
- ▶ Diabète

- ▶ inégalité du pouls radial et de la tension artérielle aux deux bras : dissection aortique ?
- ▶ souffle diastolique de régurgitation aortique dissection aortique ?
- ▶ souffle systolique rude de rétrécissement aortique
- ▶ frottement péricardique.

**Abdominal**

L'abdomen est-il souple ? sensible ? contracté ? Certaines urgences intra-abdominales (ulcère peptique perforé ou pancréatite) peuvent entraîner une douleur thoracique basse et un collapsus circulatoire, et faire penser à un infarctus.

**Musculaire ou squelettique**

Cette origine des symptômes est probable si la douleur s'aggrave aux mouvements ou à la compression du thorax.

**Attention**

Il n'est souvent pas possible de distinguer une douleur œsophagienne d'une douleur ischémique. Toutes deux peuvent apparaître au repos ; toutes deux sont fréquentes et peuvent être vives. La douleur cardiaque peut être associée à des éructations et soulagée par des renvois. Prenez garde de ne pas libérer un patient à risque avec le diagnostic clinique de douleur œsophagienne.

**Examens complémentaires**

**points clés**

Si, chez un patient dont l'angor était stable, les douleurs deviennent plus fréquentes, plus fortes, plus longues et surviennent pour des efforts moindres ou au repos (angor crescendo), la probabilité est grande de la présence d'une plaque coronaire instable. Même si le patient n'a pas de douleur au moment de votre visite, il doit être hospitalisé pour mise au point et traitement.

**Examen clinique**

Le patient est-il : en bonne condition, malade, très malade, mourant ? Les malades qui font un infarctus ont rarement bonne mine. S'ils paraissent très malades, appelez immédiatement l'unité de soins intensifs cardiologique (USIC). Tout patient se plaignant de douleurs thoraciques doit être rapidement pris en charge.

**Cardio-vasculaire**

L'examen clinique est souvent normal : fréquence, caractère et rythme du pouls, circulation périphérique, tension artérielle, pression veineuse jugulaire, palpation et auscultation de la région précordiale ; examen des bases pulmonaires, pouls périphériques, œdème des chevilles.

N'oubliez pas des signes essentiels, souvent omis :

Si le patient est hypotendu avec des signes de mauvaise irrigation périphérique, suivez le processus décrit dans *Médecine d'urgence*, Section 1.2. Sinon, suivez la démarche diagnostique suivante :

**Examens paracliniques**

Les investigations principales ont pour but de préciser s'il y a un syndrome coronaire aigu. Ce sont l'ECG et les marqueurs biochimiques d'une nécrose myocardique.

**Électrocardiogramme**

Recherche des anomalies spécifiques :

- ▶ élévation du segment ST/ Bloc de la branche gauche complet (BBGC) (Fig. 11)
- ▶ sous-décalage du segment ST (angor instable) (Fig. 12)
- ▶ inversion de l'onde T (infarctus du myocarde, peut-être, ou angor instable)
- ▶ sus-décalage concave du segment ST (péricardite).

## points clés

Un patient dont l'ECG est normal et qui a eu une coronarographie normale dans les cinq ans qui précèdent, a très peu de risque de développer un syndrome coronarien, mais ce n'est pas une règle absolue.

## Attention

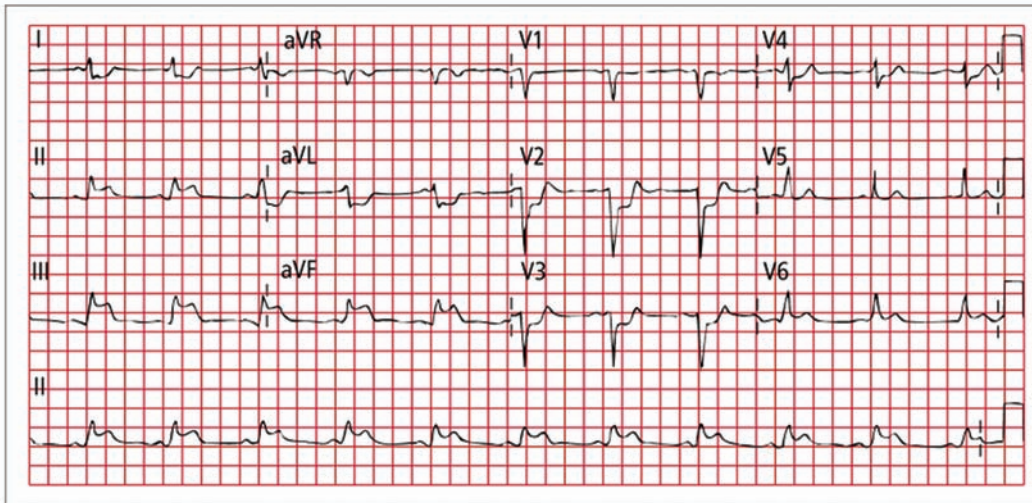
Si l'ECG est normal, le risque coronarien est assez faible, mais cela ne permet pas d'exclure une coronaropathie sévère, ni même une angine instable.

## Marqueurs biochimiques de la nécrose myocardique

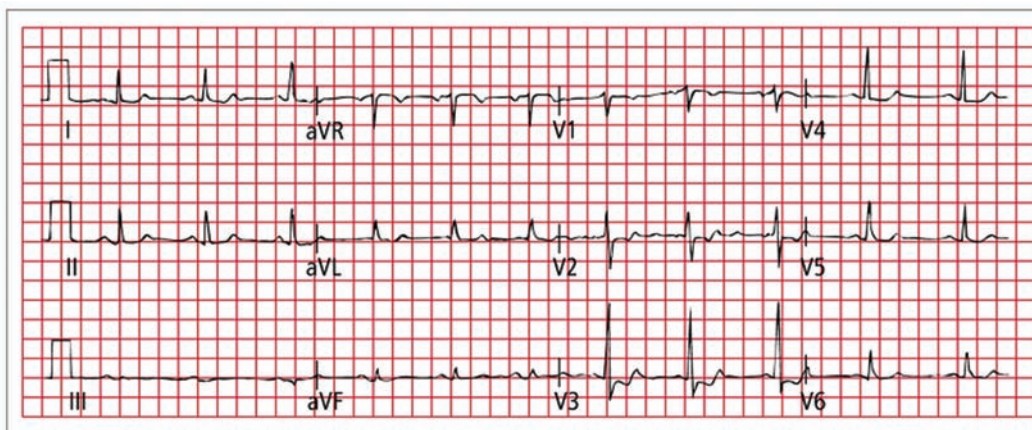
La créatinine kinase (CK) et sa forme cardiaque plus spécifique (CK-MB) sont utilisées pour le diagnostic de l'infarctus du myocarde, surtout chez les patients dont l'ECG ne permet pas un diagnostic de certitude.

## NOTES

.....  
 .....  
 .....  
 .....



**Fig. 11** Infarctus myocardique aigu à localisation inférieure. Sus-décalage des segments ST dans les dérivations inférieures (D2, D3 et AVF). Le sous-décalage du segment ST en V2 et V3 plaide pour une extension postérieure.



**Fig. 12** Sous-décalage du segment ST lors d'une douleur thoracique aiguë. Dans un tel cas, la thrombolyse, n'apporte pas de bénéfice et peut même être dangereuse.

NOTES

.....  
 .....  
 .....  
 ...

Les CK sont actuellement supplantées par les troponines, plus spécifiques et plus sensibles comme marqueurs de la nécrose du myocarde (voir Section 3.7, p. 177).

**Autres tests sanguins**

Vérifiez l'hémogramme complet, le cholestérol, les électrolytes, les tests de fonction rénale et hépatique. Dans certains cas douteux, il sera utile de mesurer l'amylase sérique.

**Radiographie du thorax**

Recherchez une cardiomégalie, des signes d'œdème pulmonaire et un élargissement du médiastin (dissection aortique).

**Prise en charge**

Pendant les investigations diagnostiques, donnez de l'oxygène, un analgésique (si nécessaire un opiacé) et 300 mg d'aspirine. Le traitement ultérieur dépend de la cause de la douleur :

- ▶ infarctus du myocarde (voir Section 2.1.3, p. 70)
- ▶ angor instable (voir Section 2.1.2, p. 68)
- ▶ œsophagite (voir *Gastro-entérologie*, Section 2.2)
- ▶ suspicion de dissection aortique (voir Section 2.11.1, p. 132)
- ▶ péricardite (voir Section 2.6.1, p. 104)
- ▶ spasme coronarien. Administrez une haute dose d'un antagoniste calcique. Évitez les bêtabloquants susceptibles d'aggraver le spasme.

**Douleur persistante de nature incertaine**

Rassurez le patient. Il n'y a pas actuellement d'évidence de crise cardiaque ; vous serez maintenu une nuit en observation pour le suivi de l'ECG et des marqueurs cardiaques.

**Douleur disparue, diagnostic incertain**

La plupart de ces patients devront rester une nuit en observation. Toutefois, si la troponine est normale et si les critères cliniques et électrocardiographiques sont rassurants, on a de plus en plus tendance à laisser ces patients retourner à la maison, en raison du faible risque.

Il faut savoir qu'un test à la troponine négatif n'exclut pas une maladie coronarienne. C'est pourquoi ces patients libérés précocement, devront subir une évaluation diagnostique complémentaire au cours des jours suivants, et notamment un test d'effort (voir Section 3.1.1, p. 164).

Si les symptômes réapparaissent, le patient devra consulter aussitôt.

points clés



Dans des cas difficiles, envisagez la possibilité d'un angor spastique :

- ▶ hospitalisations multiples,
- ▶ coronarographie normale ou irrégularités mineures,
- ▶ douleurs médio-thoraciques constrictives au repos,
- ▶ sédation par les dérivés nitrés,
- ▶ patient non limité à l'effort,
- ▶ douleur souvent associée à une sudation profuse, parfois accompagnée de syncopes,
- ▶ évolution habituellement bénigne. En cas de modifications électrocardiographiques importantes ou d'arythmie ventriculaire pendant la douleur, le patient doit être hospitalisé pour traitement urgent et investigations (Fig. 13).

Références

Voir *Médecine d'urgence*, Sections 1.1, 1.2 et 1.3.  
 Voir *Gastro-entérologie*, Section 1.2.  
 Braunwald E. The history. In: Braunwald E (ed.) *Heart Disease*. Philadelphia, PA: WB Saunders Co., 1996: 3–7.  
 Crea F, Kaski JC, Maseri A. Key references on coronary artery spasm. *Circulation* 1994; 89: 2442–2446.  
 Goldman L, Cook EF, Johnson PA et al. Prediction of the need for intensive care in patients coming to the emergency department with acute chest pain. *N Engl J Med* 1996; 334: 1498–1504.  
 Hamm CW, Goldman BU, Heeschen C et al. Emergency room triage of patients with acute chest pain by means of rapid testing for cardiac troponin T or troponin I. *N Engl J Med* 1997; 337: 1648–1653.  
 Hillis SG, Fox KAA. Cardiac troponins in chest pain. *BMJ* 1999; 319: 1451–1452.