

Item228-Douleur thoracique aiguë et chronique

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une douleur thoracique aiguë et chronique. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié National Pneumologie 2010 - - Polycopié National Médecine Vasculaire 2007: Polycopié National Médecine Vasculaire 2007 - item 197-Dissection aortique	- Péricardite / PTx / RGO / pariétal - Facteurs de risque cardiovasculaires - DT: siège / irradiation / f. modifiants - Signes associés: fièvre / dyspnée - Souffle / pouls / crépitants / MV - DAo : DT brutale / dorsale / migratrice - Asymétrie PA / pouls fémoraux / IAo - SdG: hémodynamique / neurologique - ETO au bloc sous AG = voile intimal - Type A = chirurgie (Bentall / CEC) - Type B = médical (contrôle PA)	- Evoquer: SCA / DAo / EP / Péricardite - Heure de survenue de la DT - PA 2 bras / pouls fémoraux - Recherche des s. de gravité - ECG / tropo / RTx / D-dimères - TDM ssi stabilité hémoD - Arrêt des anti-coagulants

Etiologies

Situations d'urgence vitale :

- Syndrome coronarien aigu: cf [Syndromes coronariens aigus \(A savoir !\)](#)
- Dissection aortique: cf infra ([A savoir !](#))
- Péricardite / tamponnade: cf [Péricardite aiguë](#)
- Embolie pulmonaire : cf [item 224 \(A savoir !\)](#)
- Pneumothorax / tamponnade gazeuse: cf [item 356](#)

En l'absence d'urgence vitale :

- Douleurs rythmées par la respiration :
 - Douleurs post-traumatiques (secondaire à une fracture de côtes)
 - Pneumopathies infectieuses avec et sans pleurésie : cf [item 151](#)
 - Epanchement pleural : cf [item 202](#)
 - Infarctus pulmonaire (secondaire à une embolie pulmonaire)
 - Trachéo-bronchite aiguë
 - Douleur d'installation rapide à type de brûlure respiratoire à chaque mouvement
 - Aggravée par la toux
 - Cortège viral
 - Tt symptomatique
 - Atteinte musculo-squelettique, nerveuse
 - Rythmées par les mouvements
 - Reproduite à la palpation
 - Majorée à la toux
 - Ex : tumeurs costales, névralgie cervico-brachiale...
- Douleurs non influencées par la respiration :
 - Etiologies cardiaques :
 - Angor d'effort stable : cf [item 334](#)
 - Péricardite : cf [item 274](#)
 - Etiologies digestives :

- Reflux gastro-oesophagien: cf [Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.](#)
- Perforation d'UGD: cf [Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite.](#)
- Pancréatite aiguë: cf [Pancréatite aiguë.](#)
- Autres: lithiase biliaire, cancer, etc.
- Etiologie cutanée : Zona thoracique
 - Précédé d'une hyperesthésie et de brûlure
 - Localisation métamérique unilatérale de l'éruption vésiculeuse
- Douleurs psychogènes :
 - Mais toujours un diagnostic d'élimination
 - Variable, non liée à l'effort
 - Cortège de signes associées : palpitation, anxiété, sudation, nausées
 - Bilan étiologique négatif

Orientation diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain** : **FdR CV** +++ / atcd: cardiovasculaires, pulmonaire, digestifs
 - **Prises** : effet des antalgiques / de la trinitrine / prise d'AVK (cf DAO)
 - **Anamnèse** : circonstance et heure de survenue (**A savoir !**) / évolutivité / lien avec l'effort
 - **Signes fonctionnels**
 - **Caractériser la douleur thoracique**
 - **Siège** +++
 - rétrosternale en barre (SCA) ou ascendant (RGO)
 - basi ou latéro-thoracique: EP / PTx / pleurésie
 - précordiale: péricardite / DT fonctionnelle ++
 - dorsale et migratrice: dissection aortique ++
 - **Irradiation**: aux épaules (angor) / au dos (dissection Ao)
 - **Type**: constrictive (SCA) / brûlure (péricardite, RGO)
 - **Apparaissant**: à l'effort (angor) / post-prandial / à la pression
 - **Augmentant**: à l'inspiration (pulmonaire, péricardite)
 - **Diminuant**: à l'antéflexion (péricardite, pancréatite) / **trinitrine** (angor)
 - **Rechercher des signes associés**
 - **Fièvre** / **dyspnée** / toux / hémoptysie / reflux, etc.
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**
 - PA aux **deux** bras (**A savoir !**) - FC / SpO2-FR / température
 - **Auscultation cardio-pulmonaire**
 - **Cardiaque**: souffle (IAo / IM) / frottement péricardique / pouls (fémoraux)
 - **Pulmonaire**: crépitants (bilatéraux / foyer) / ↓ MV (pleurésie, PTx)
 - **Evaluation du retentissement** (**A savoir !**)
 - **SdG hémodynamiques**: ICD / ICG / signes de choc (marbrures, collapsus..)
 - **SdG respiratoires**: s. de lutte / s. d'hypoxie (**cyanose**) / s. d'hypercapnie

Examens complémentaires

- **Systématiques devant toute DT (4A savoir !)**
 - **ECG** de repos 18 dérivation
 - **Troponine** +/- à répéter à H6-H12 (intérêt de la troponine ultra-sensible avec deux dosages séparés de 3H)
 - **Radiographie** thorax face + profil
 - **D-Dimères** si probabilité faible d'EP +/- GDS artériels
 - NFS-CRP / Plaquettes-TP/TCA
- **Examens selon la clinique**
 - **ETT +/- ETO**: si souffle ou suspicion de péricardite
 - **Grill costal**: si douleur reproduite à la palpation
 - **Angio-TDM thoracique**: si suspicion d'EP
 - **Autres**: FOGD, écho abdominale, lipase, etc.

!! Remarque: CAT devant DT constrictive intermittente

- Situation très **fréquente**: pas d'ECG per-critique et ECG post-critique normal
- → peut être un angor instable: risque évolutif = ne **PAS** laisser sortir le patient
- **!! Les investigations doivent être hospitalières: observation au SAU (A savoir !)**
 - **Répéter ECG + troponine à H6 et H12**
 - **Si anormal** transfert enUSIC pour prise en charge (cf [Syndromes coronariens aigus](#))

- **Si normal**: selon RCV global et probabilité clinique
 - **RCV faible**: sortie et test d'ischémie en ambulatoire
 - **RCV fort**: transfert en cardio pour coronarographie diagnostique

Dissection aortique

Définition

- Déchirure intimale : passage de sang entre les couches interne et externe de la média
- → « **faux chenal** » avec dissection progressant dans le sens antérograde (ou rétrograde)
- **Classification de Stanford (++)**
 - **type A**: dissection aortique touchant l'aorte ascendante
 - **type B**: dissection aortique ne touchant pas l'aorte ascendante
- **Classification de De Bakey (plus ancienne)**
 - **type I**: totalité de l'aorte thoracique
 - **type II**: uniquement l'aorte ascendante
 - **type III**: uniquement l'aorte descendante

Etiologies

- **HTA +++** : retrouvée dans > 80% des cas / principal FdR de dissection aortique
- **Maladies du tissu conjonctif**: M. de Marfan (Attention à l'association Marfan + grossesse!) / M. de Ehler-Danlos / M. annulo-ectasiante
- **Autres**: traumatisme / grossesse / iatrogène (KT artériel)
- **Anévrisme de l'aorte ascendante**: notamment sur bicuspidie

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Interrogatoire**
 - **Terrain** : FdR CV = **HTA** mal équilibrée +++
 - **Douleur thoracique**
 - intense / permanente / à irradiation dorsale / rétrosternale initialement
 - **!! migratrice**: thorax → dos → lombaire → membres inférieurs
 - Non modifiée par la position du patient
 - **Examen physique**
 - **Examen cardiopulmonaire : signes positifs**
 - **Asymétrie tensionnelle** aux membres supérieurs (> 20 mmHg) (**A savoir !**)
 - Sus ST à l'ECG si dissection d'un ostium coronaire (**A savoir !**)
 - Diminution ou abolition (ou asymétrie) des **pouls fémoraux** (**A savoir !**)
 - Souffle diastolique : insuffisance aortique (**IAo**) aiguë (cf **Valvulopathies - Insuffisance aortique**)
 - **Evaluation du retentissement : signes de gravité et complications**
 - **Hémodynamiques**: instabilité / collapsus / signes de choc
 - **Neurologiques** (par extension): hémiplégie ou paraplégie
 - **Autres**: OAP-dyspnée / tamponade / IAM / conscience
- **Examens complémentaires**
 - **!! En cas d'instabilité hémodynamique: AUCUN / urgence vitale (A savoir !)**
 - **Pour diagnostic positif : en urgence si suspicion +++**
 - **Angio-TDM thoracique**
 - **!! ssi patient hémodynamiquement stable (A savoir !)**
 - **Signes positifs de DAo (4)**
 - Augmentation du diamètre aortique (dilatation)
 - Image de **double-chenal**: vrai et faux chenal +/- thrombosé
 - Présence d'un **voile** (flap) **intimal** dans la lumière aortique
 - Préciser l'état de l'autre partie de l'aorte (ascendante +++)
 - **Echographie cardiaque trans-oesophagienne: ETO**
 - Ne doit **pas** retarder la chirurgie si diagnostic déjà posé à l'angioTDM
 - En pratique, sera fait au bloc en pré-opératoire immédiat (plus précis)
 - **Orientant vers une DAo si pas de suspicion**
 - **ECG de repos**: normal le plus souvent (sauf si dissection coronaire)
 - **Radio thorax**: médiastin élargi / bouton aortique « en double genou »
 - **ETT**: s. indirects: dilatation Ao / trait de dissection / IAo / épanchement
 - **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan pré-op**: Gpe-Rh-RAI / NFS-hémostase / iono-créat. / Pas de cs anesthésie car urgence

Evolution

- **Tamponnade**: rupture dans le péricarde = hémopéricarde → tableau de choc droit
- **Extension rétrograde**: IAo aiguë (dissection de cusps) / IDM (dissection coronaire)

- **Extension antérograde:** AVC ischémique / ischémie mésentérique / Insuffisance rénale aiguë / Ischémie aiguë de membre
- **Pronostic:** sombre si pas de traitement: mortalité de 1% par heure à J1 si DAO de type A...

Traitement

- **Mise en condition**
 - Hospitalisation / urgence vitale / en USIC ou chirurgie cardiaque
 - Si pas d'USIC ou chirurgie cardiaque, NPO appel SAMU pour transfert
 - A JEUN / au lit / monitoring cardio-tensionnel / scope ECG / VVP
 - **ARRÊT** des anti-coagulants et anti-agrégants (**A savoir !**)
- **Traitement symptomatique**
 - **Contrôle de la PA +++ :** objectif **PA à 100-120mmHg** / Loxen® ou Nipride® avec traitements IVSE
 - **Stabilisation hémodynamique:** si choc / remplissage +/- vasopresseurs
 - **Antalgique:** titration morphine IV d'emblée selon EVA (cf **Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses**)
 - **!! si tamponnade:** ne PAS drainer en urgence (aggrave la dissection..)
- **Traitement étiologique**
 - **Dissection aortique de type A = traitement chirurgical**
 - Intervention de Bentall sous circulation extra-corporelle (CEC) ou tube aortique selon l'état de la valve aortique
 - Bentall = remplacement valve + aorte ascendante avec réimplantation des coronaires
 - si tamponnade sur hémopéricarde associé: drainage chirurgical simultané
 - **Dissection aortique de type B = traitement médicamenteux**
 - Contrôle de PA +/- prothèse endovasculaire (à l'étude)
 - Au décours: discuter traitement chirurgical au cas par cas
- **Mesures associées**
 - **!! Contre-indication formelle** à un traitement anticoagulant (**A savoir !**)
 - Au décours: reprendre FdR CV et traitement anti-hypertenseur
 - Si pas d'HTA: conseil **génétique** pour rechercher une maladie du tissu conjonctif selon le terrain
- **Surveillance**
 - **Clinique:** douleur / PA / signes de choc / extension antéro/rétrograde
 - **Paraclinique:** ETO en urgence / ETT en post-opératoire

Synthèse pour questions fermées

5 diagnostics à éliminer en urgence devant une douleur thoracique ?

- SCA
- EP
- Tamponnade
- Dissection Aortique
- Pneumothorax

(Polycopié National Pneumologie)

4 arguments cliniques en faveur d'une cause coronaire devant une douleur thoracique ?

- Irradiation dans les deux bras
- Irradiation dans le membre supérieur
- Irradiation dans l'épaule droite
- Sueurs diffuses

(Polycopié National Pneumologie)

2 diagnostics à évoquer devant une douleur thoracique soulagée par l'antéflexion ?

- Pancréatite
- Péricardite

(Polycopié National Pneumologie)