

5

Item 197 – Douleur thoracique aiguë et chronique

- I. CONDUITE À TENIR EN PRÉSENCE D'UN PATIENT QUI CONSULTE POUR DOULEUR THORACIQUE
- II. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE : IDENTIFIER LES URGENCES CARDIAQUES
- III. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE : DOULEURS CHRONIQUES DE CAUSE CARDIAQUE
- IV. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE : CONNAÎTRE LES PRINCIPALES CAUSES EXTRACARDIAQUES D'UNE DOULEUR THORACIQUE

Objectifs pédagogiques

Nationaux

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

CNEC

- ▶ Savoir rechercher une détresse vitale chez un patient qui consulte pour douleur thoracique.
- ▶ Savoir recueillir et classer les arguments orientant vers l'une des quatre urgences cardiologiques que sont la dissection aortique, les syndromes coronariens aigus, l'embolie pulmonaire et la péricardite aiguë.
- ▶ Savoir identifier les causes chroniques de douleur thoracique, d'angor d'effort, d'angor fonctionnel des troubles du rythme, des douleurs d'effort du rétrécissement aortique.
- ▶ Connaître les principales causes extracardiaques d'une douleur thoracique.

I. CONDUITE À TENIR EN PRÉSENCE D'UN PATIENT QUI CONSULTE POUR DOULEUR THORACIQUE

A. Première étape : détresse vitale ?

C'est une étape indispensable, rechercher une détresse vitale (détresse respiratoire, état de choc, troubles de conscience) afin de prendre en urgence les mesures thérapeutiques nécessaires (+++).

- Détresse respiratoire :
 - polypnée (> 30/min) ou bradypnée (< 10/min ou pause respiratoire) ;
 - tirage par mise en jeu des muscles respiratoires accessoires ;
 - sueurs, cyanose, désaturation (SpO₂ < 90 %), encéphalopathie respiratoire.

- Détresse hémodynamique :
 - arrêt circulatoire (pouls carotide ou fémoral non perçu, patient inconscient) ;
 - état de choc : collapsus avec hypoperfusion périphérique ; hypotension avec pâleur, marbrures et oligurie ;
 - signes de cœur pulmonaire ;
 - pouls paradoxal (dépression du pouls à l'inspiration profonde).
- Troubles de la conscience : confusion, agitation, convulsions...

B. Seconde étape : les quatre urgences cardiovasculaires

Rechercher par l'interrogatoire et l'examen physique du patient des arguments orientant vers l'une des quatre urgences cardiologiques à évoquer systématiquement du fait de leur gravité immédiate ou potentielle (moyen mnémotechnique « PIED » pour péricardite, infarctus, embolie pulmonaire, dissection) :

- étiologies à évoquer :
 - dissection aortique,
 - syndrome coronarien aigu,
 - embolie pulmonaire,
 - péricardite aiguë, compliquée d'un épanchement péricardique abondant (tamponnade),
 - rupture de l'œsophage : bien que de survenue exceptionnelle, elle est une urgence thérapeutique à évoquer devant une douleur thoracique associée à une dyspnée, un emphysème sous-cutané (crépitation neiguse) ou un pneumomédiastin ;
- examens complémentaires systématiques à réaliser :
 - ECG 12 dérivations + V3R, V4R, V7, V8, V9,
 - radiographie pulmonaire,
 - dosage de troponinémie ;
- transfert du patient en USIC :
 - transfert médicalisé (appel du 15),
 - la douleur thoracique signalée par un patient doit être considérée comme un syndrome coronaire exposant à un risque de fibrillation ventriculaire.

II. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE : IDENTIFIER LES URGENCES CARDIAQUES

Si les douleurs thoraciques aiguës dans leurs formes typiques permettent d'évoquer très rapidement une urgence cardiaque, il ne faut pas méconnaître la grande fréquence des formes atypiques. L'interrogatoire et l'examen clinique cherchent un profil de risque particulier pour orienter le diagnostic.

A. Syndrome coronarien aigu (SCA)

- Terrain évocateur : facteurs de risque, ATCD coronariens.
- Douleur spontanée de repos, ou angor *de novo* ou angor *crescendo*, infarctus à évoquer dès que la durée de la douleur a dépassé 20 minutes, elle est parfois associée à une dyspnée (10 %).
- Caractères de la douleur : douleur coronarienne typique rétrosternale, constrictive... mais attention aux douleurs atypiques, en pratique la douleur peut siéger de la mandibule à l'ombilic (+++), parfois mimer une douleur gastrique ou bilio-pancréatique. *Donc au-delà des douleurs typiques, penser toujours aux douleurs atypiques compatibles avec le diagnostic* (tableau 5.1).
- Examen clinique : normal en l'absence de complications, parfois autre localisation de l'athérosclérose (souffle carotidien ou fémoral, abolition d'un pouls...).
- ECG : sus- ou sous-décalage du segment ST, ondes T négatives, ondes Q...

Attention

Un ECG inter-critique normal n'élimine pas le diagnostic et un bloc de branche gauche doit être considéré comme un équivalent de SCA avec sus-décalage de segment ST, enfin les ischémies dans le territoire de l'artère circonflexe peuvent être électriquement muettes !

- Radiographie pulmonaire : normale.
- Les marqueurs biologiques de l'infarctus du myocarde doivent être dosés : myoglobine (si douleur thoracique datant de moins de 6 h), *troponines* (à répéter 6 h plus tard si normales).

Tableau 5.1. Sémiologie en faveur d'une douleur de nature ischémique (coronaire).

	Douleur de nature ischémique	Douleur de nature non ischémique
Caractéristiques	Constriction Pesanteur Brûlure	Acérée En coup de poignard Augmentée par respiration
Siège	Rétrosternal Médiothoracique Irradiant cou, épaules, avant-bras, tête Avec sueurs, nausées	Sous-mammaire gauche Hémi-thorax gauche Punctiforme (montré du doigt) Dorsal (dissection)
Facteurs déclenchants	Effort Stress Énervement Temps froid	Après fin de l'effort Soulagement par l'effort Provoquée par un mouvement du corps particulier
Durée	Minutes	Secondes Heures (en l'absence d'élévation des troponines)

B. Dissection aortique

- Facteurs favorisants : HTA ancienne, syndrome de Marfan.
- Caractères de la douleur thoracique : aiguë, prolongée, intense, à type de déchirement, irradiant dans le dos, migratrice, descendant vers les lombes.
- Cliniquement : asymétrie tensionnelle (différence > 20 mmHg), abolition d'un pouls, souffle d'insuffisance aortique, déficit neurologique.

- Complication parfois révélatrice : tableau d'ischémie aiguë de membre, tableau d'infarctus mésentérique avec douleur abdominale trompeuse, hémopéricarde avec collapsus et pouls paradoxal.
- ECG normal ou SCA si la dissection aortique a lésé une artère coronaire.
- Radiographie pulmonaire : élargissement du médiastin, éventuellement épanchement pleural ou aspect de double contour aortique.
- Diagnostic confirmé par une échocardiographie complétée d'une ETO ou d'un scanner thoracique (ou angio-IRM).
- Prise en charge chirurgicale en urgence, sauf pour les formes limitées à l'aorte descendante en l'absence de complication périphérique.
- Contrôle de la pression artérielle car c'est une urgence hypertensive (cf. chapitre 22 – item 130).

C. Embolie pulmonaire

- Terrain évocateur : cancer, pilule + tabac, période postopératoire, post-partum, alitement, ATCD personnels ou familiaux de maladie thrombo-embolique.
- Caractères de la douleur : *basi-thoracique associée à une dyspnée (+++)* aiguë avec polypnée, toux, parfois hémoptysie tardive.
- À l'examen clinique, signes de thrombose veineuse (absents dans un tiers des cas), tachycardie, signes d'insuffisance ventriculaire droite.
- Présence de signes de cœur pulmonaire aigu à l'ECG : tachycardie sinusale, aspect S1Q3, bloc de branche droite, ondes T négatives dans les précordiales droites (V1 – V3).
- Cliniquement deux tableaux opposés :
 - soit infarctus pulmonaire avec douleur basi-thoracique de type pariéto-pleural fébrile avec hémoptysie noirâtre tardive (bon pronostic) ;
 - soit cœur pulmonaire aigu avec dyspnée « nue » et signes de défaillance ventriculaire droite ou collapsus (la douleur est au second plan compte tenu de l'urgence vitale).
- Radiographie pulmonaire : atélectasies en bandes, épanchement pleural basal, coupole surélevée, hyperclarté, mais radiographie souvent normale. Une douleur thoracique avec dyspnée et radiographie de thorax normale doit faire évoquer obligatoirement le diagnostic (+++).
- Si le diagnostic d'embolie pulmonaire est évoqué, les D-dimères doivent être prélevés sauf si probabilité élevée. S'ils sont positifs (> 500 ng/mL), un doppler veineux des membres inférieurs, un angioscanner thoracique ou une scintigraphie pulmonaire de ventilation – perfusion doivent être demandés pour confirmer le diagnostic. Un traitement par HBPM doit être débuté avant même la confirmation diagnostique.

D. Péricardite aiguë

1. Péricardite non compliquée

- Terrain évocateur : contexte viral, fièvre, ou forme récidivante avec antécédent connu de péricardite aiguë bénigne.
- Caractères de la douleur : douleur thoracique augmentée à l'inspiration profonde, en décubitus et calmée par l'antéflexion du buste.
- Examen clinique : frottement péricardique fugace et inconstant.

- ECG : sus-décalage ST concave et diffus ou non systématisé, sous-décalage de PQ, microvoltage.
- Radiographie pulmonaire : montre parfois un élargissement de la silhouette cardiaque.
- Devant une suspicion de péricardite aiguë, une échocardiographie et un dosage des troponines doivent être réalisés, on peut observer un syndrome inflammatoire biologique ; l'échocardiographie peut être normale (péricardite sèche), il faut savoir la répéter.
- Étiologie la plus bénigne parmi les autres diagnostics à évoquer (donc c'est un diagnostic d'élimination).

2. Tamponnade péricardique

- À la différence de la péricardite non compliquée, c'est une urgence vitale.
- Douleur thoracique avec dyspnée, polypnée puis orthopnée et toux, parfois dysphagie, nausée, hoquet.
- Signes droits : turgescence jugulaire, reflux hépatojugulaire (+++).
- Signes de choc avec tachycardie et PAS < 90 mmHg (+++).
- Pouls paradoxal : l'inspiration entraîne une augmentation du retour veineux provoquant une dilatation du VD qui comprime le VG et aboutit à une baisse de la PAS (PAS inspiration < PAS expiration – 10 mmHg).
- ECG : microvoltage, parfois alternance électrique.
- Radiographie de thorax : cardiomégalie avec, lorsque l'épanchement péricardique est abondant, un aspect en « carafe ».
- L'échocardiographie confirme le diagnostic de tamponnade et montre un collapsus des cavités droites en expiration, une compression du VG par le VD en inspiration avec un épanchement abondant.

3. Myopéricardite

- Tableau de péricardite avec atteinte du myocarde le plus souvent virale.
- Douleur de type péricarditique mais pouvant mimer un SCA, parfois avec insuffisance cardiaque.
- Élévation prolongée de la troponinémie.
- Échocardiographie montrant un trouble cinétique du ventricule gauche segmentaire ou diffus avec éventuel épanchement péricardique.
- Coronarographie normale.
- IRM pouvant montrer des plages de rehaussement tardif aux séquences sous gadolinium prédominant au sous-épica et sans systématisation artérielle.

III. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE : DOULEURS CHRONIQUES DE CAUSE CARDIAQUE

- Angor stable : la douleur peut être atypique dans sa localisation ou ses irradiations ou se réduire à ses irradiations. Caractéristique si douleur à caractère constrictif, déclenchée par l'effort (ou un repas), cédant à l'effort ou après un spray de trinitrine en 1 à 3 minutes.
- Douleur d'angor d'effort du rétrécissement aortique serré.
- Douleur d'angor fonctionnel des tachycardies chroniques comme la fibrillation atriale.

- Douleur d'effort de la myocardiopathie obstructive.
- Certaines hypertensions artérielles pulmonaires sévères donnent des douleurs d'allure angineuse par souffrance ischémique du ventricule droit lorsque la pression intraventriculaire droite dépasse la pression de perfusion coronaire.

IV. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE : CONNAÎTRE LES PRINCIPALES CAUSES EXTRACARDIAQUES D'UNE DOULEUR THORACIQUE

Douleurs d'origine pulmonaire

- Pneumothorax avec douleur de type pleurale, tympanisme et abolition du murmure vésiculaire, parfois dyspnée. Diagnostic radiographique en expiration pour les pneumothorax partiels.
- Épanchement pleural, douleurs pleurales chroniques (mésothéliome, pachypleurite). Douleur de type pleural avec matité, parfois dyspnée. Diagnostic radiographique avec ligne de Damoiseau pouvant nécessiter des clichés en décubitus latéral, ponction pleurale à but diagnostique.
- Pneumopathies infectieuses. La douleur peut être intense en coup de poignard de type pleural. On retrouve une fièvre, un syndrome de condensation avec un souffle tubaire entouré d'une couronne de râles crépitants. Opacité radiologique systématisée ou non avec bronchogramme aérien, éventuel épanchement pleural associé.

Douleurs d'origine œsophagienne

- Reflux gastro – œsophagien, œsophagite.
- Spasme œsophagien, la douleur d'allure angineuse est le plus souvent déclenchée par la déglutition. Attention, la douleur peut être calmée par les dérivés nitrés.
- Dysphagie.
- Rupture de l'œsophage exceptionnelle.

Douleurs pariétales d'origine musculaire ou squelettique

- Syndrome de Tietze, où la douleur est reproduite par la palpation.
- Lésions sternales, arthralgies chondrocostales.
- Fractures costales, éventuellement pathologiques sur métastases ou myélome multiple (atteinte sternale également possible).
- Douleur musculoligamentaire.

Douleurs d'origine neurologique

- Zona intercostal.
- Tassement vertébral...

Douleurs d'origine abdominale projetées

- Lithiase vésiculaire.
- Ulcère gastroduodéal.
- Pancréatite aiguë.
- Appendicite sous-hépatique.
- Abscessus sous-phrénique.

Douleurs d'origine psychogène

- Extrêmement fréquentes.
- Signes d'accompagnement : angoisse, névrose...

Conclusion

Parmi ces différentes étiologies, six moyennes urgences sont à identifier :

- pleurésies et pneumonies ;
- pneumothorax ;
- pancréatite aiguë ;
- ulcère gastrique ou duodénal compliqué ;
- cholécystite ;
- douleurs radiculaires.

Pour les autres étiologies, il n'y a pas d'urgence vitale, mais il est urgent de rassurer et de soulager le patient.

Points clés

- Motif très fréquent de recours aux soins soit aux urgences, soit en consultation.
- La signification de la douleur s'efface devant des signes de détresse vitale qu'il convient de rechercher immédiatement : collapsus, état de choc, détresse respiratoire ou signes neurologiques.
- Le transfert d'un patient pour douleur thoracique doit être médicalisé *via* le 15. En effet, s'il s'agit d'un syndrome coronaire, la mortalité pré-hospitalière est élevée, ne pas recourir au 15 est une faute grave.
- Même si le SCA domine, toutes les douleurs thoraciques ne sont pas de nature coronaire ! Il faut une prise en charge rationnelle et de l'expérience pour aboutir rapidement au bon diagnostic. Le terrain, l'âge, le contexte et les données de l'examen clinique soigneux ont souvent plus de valeur que les détails séméiologiques de la douleur qui peut être parfois très mal décrite par le patient.
- Électrocardiogramme et dosage répété (à la 6^e heure) de la troponinémie sont la base de la prise en charge, l'échocardiographie et le scanner thoracique sont souvent utiles en seconde intention. Il faut savoir les réaliser en urgence +++ sur une suspicion d'embolie pulmonaire ou de dissection aortique.
- La prise en charge initiale recherche les quatre grandes urgences cardiovasculaires (« PIED ») que sont les syndromes coronaires, l'embolie pulmonaire, la dissection aortique et la péricardite aiguë.
- Le syndrome coronaire est suspecté devant toute douleur thoracique de plus de 20 minutes. Dans sa forme évocatrice, c'est un patient présentant une douleur rétrosternale dans un contexte de facteurs de risque pour l'athérome. Attention, l'ECG peut être normal ou trompeur (pacemaker, par exemple) et la troponinémie initialement normale. Attention aussi aux douleurs atypiques ! Ne pas attendre la troponine pour traiter une douleur thoracique avec sus-décalage du segment ST (reperfusion !).
- Ne pas oublier que la clinique et l'ECG permettent de faire le diagnostic de SCA dans plus de 90 % des cas.
- L'embolie pulmonaire est évoquée devant la triade douleur – dyspnée – radiographie de thorax normale dans un contexte d'alitement ou de néoplasie. Deux formes opposées :
 - la forme grave avec collapsus et signes de cœur pulmonaire ;
 - l'embolie minime avec infarctus pulmonaire souvent fébrile avec hémoptysie et douleur pleurale très vive.
- Le tableau de péricardite est le moins préoccupant mais le diagnostic est parfois très difficile les symptômes pouvant être très voisins d'un syndrome coronaire, les myopéricardites sont encore plus trompeuses en raison de l'élévation de troponine. Attention à ne pas méconnaître les signes de gravité de la tamponnade péricardique qui est une urgence vitale.
- La dissection aortique est typiquement une douleur déchirante à irradiation postérieure sur poussée hypertensive, cependant les tableaux très atypiques sont possibles : hémopéricarde, fuite aortique aiguë, dissection coronaire avec SCA, extension aux artères digestives avec tableau abdominal, ischémie aiguë de membre révélatrice, etc. Le diagnostic est difficile, la dissection de la partie initiale de la crosse est une urgence chirurgicale.

① **Points clés (suite)**

- Devant des douleurs chroniques, savoir reconnaître la séméiologie de l'angor d'effort soit pur soit accompagnant un RAO, par exemple. Dans l'angor, si l'ECG de repos est normal et les prélèvements de troponine négatifs, il faut programmer un test d'effort ultérieur.
- Parmi les diagnostics thoraciques non cardiovasculaires retenir les 4P : pneumonie, pleurésie, pneumothorax et pancréatite.
- Les urgences ou pathologies abdominales peuvent avoir une projection douloureuse thoracique, mais faire attention aussi à l'infarctus du myocarde inférieur qui peut mimer une gastro-entérite. Se méfier aussi d'un tableau d'ischémie mésentérique compliquant une dissection aortique.
- Attention au diagnostic de douleur psychogène (anxiété), certes ce diagnostic est fréquent, mais il doit être évoqué avec la plus grande prudence.

Pour en savoir plus

Pour revoir la séméiologie : référentiel national de séméiologie cardiologique version d'octobre 2009 disponible sur le site Internet : www.sfcardio.fr

(rubriques enseignement → cardiologues en formation → documents de travail).