

DOULEUR THORACIQUE

MODULE DE SEMIOLOGIE

Dr N Benmostefa

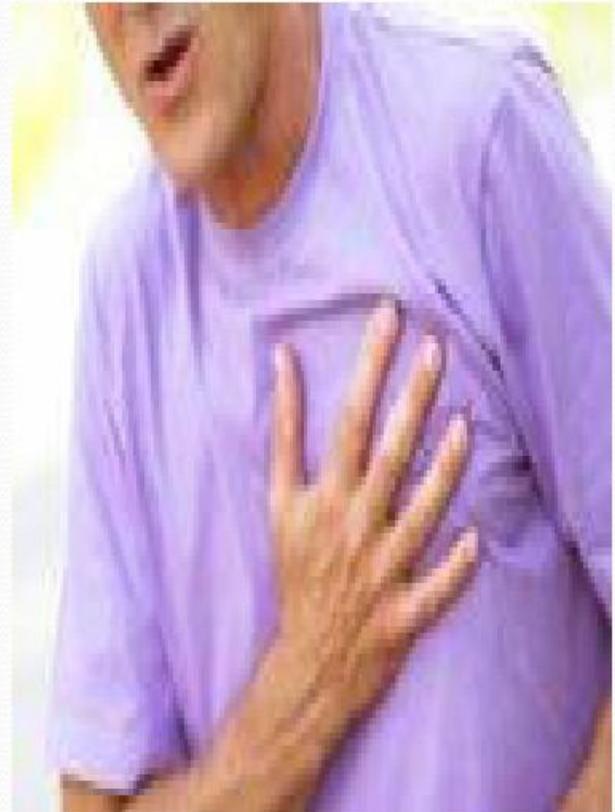
Service Médecine Interne

CHU Sétif

Novembre 2014

PLAN

- Introduction
- Interrogatoire
- Examen clinique
- Apport des examens para cliniques
- Principales étiologies
- Conduite pratique





INTRODUCTION

- Une cause fréquente de consultation et d'hospitalisation (urgence).
- Impose des investigations en urgence pour préciser le diagnostic.
- Etiologies multiples

- Urgence diagnostique et thérapeutique

- Approche dg rigoureuse : interrogatoire , ex clinique , bilan para clinique

INTERROGATOIRE

- **Les antécédents familiaux et personnels**
- **Les facteurs de risques cardiovasculaire** (HTA, dyslipidémie, tabac, diabète, oestroprogestatifs) **et thromboembolique.**
- **Les traitements en cours.**

- **Les caractéristiques de la douleur :**

- **l'installation** brutale ou progressive

- **le siège, la surface, les irradiations,**

Le siège : basi-thoracique (appareil respiratoire), médio-thoracique (cardiovasculaire, médiastinal, oesophagien), en bretelle (pathologie sous-diaphragmatique), en ceinture (radiculaire), superficielle (pariétale).

- **le type de douleur** : poids, serrement, brûlure, piqûre, profonde, superficielle ;

INTERROGATOIRE

= **L'intensité** ;
la durée

- **Les circonstances de survenue** : la posture thoracique, repos, froid, l'effort, horaires par rapport aux repas, aux mouvements respiratoires ;
- **Les positions antalgiques** : penché en avant (péricardite, pancréatite) ;

- **Le rôle des thérapeutiques** (nitrés, dihydropyridine) en s'assurant de la qualité de la prise ;
- **Les signes associés** : fièvre, dyspnée, toux, pâleur, lipothymie, palpitations, pyrosis, nausées, vomissements et éructations.

L'EXAMEN CLINIQUE

- **L'examen complet** apporte des éléments d'orientation vers une pathologie .
 - **La présence de signes de gravité** (insuffisance cardiaque ou respiratoire, HTA, hypotension artérielle, choc..)
- **cardiovasculaire** :
- souffle cardiaque , frottement péricardique ,
 - pouls périphériques et pression artérielle aux quatre membres (dissection aortique),
 - phlébites, varices, insuffisance veineuse, maladie post-phlébitique, embolie pulmonaire ;
- **pleuro pulmonaire** : bruits pleuraux, condensation pulmonaire ;
- **ostéo- articulaire** : percussion et palpation des vertèbres et des côtes, avec reproduction de la douleur à la palpation ;
- **abdominal** : douleur provoquée, défense localisée ;
- **neurologique** : niveau lésionnel.
- tenir compte de l'anxiété qui peut gêner l'interprétation.

Apports des examens para cliniques

L'interrogatoire et la clinique guideront la demande des autres examens complémentaires

- L'ECG
- la radiographie thoracique face et profil
- Gazométrie
- Enzymes cardiaques , dosages des D Dimers
- NFS
- Les autres en fonction du contexte ; **scintigraphie pulmonaire**
, TDM thoracique



Si l'un des ces 3 gestes est utilisé par le patient pour décrire la douleur
La probabilité qu'elle soit d'origine cardiaque est de 77 %
B. Med. J., 1995, 311: 1660-1661

Les principales étiologies

- **Origine cardio -vasculaire** : douleurs médiane, antérieure ou postérieure

❑ 1.1 - Syndromes coronariens aigus

Interrogatoire

- Homme + de 40 ans.
- Patient aux antécédents de maladie cardio-vasculaire.
- un ou plusieurs de facteurs de risque cardio-vasculaires.
- douleur thoracique récent à l'effort ou spontanément.
- Douleur à type d'oppression thoracique, en "barre" médio-thoracique, pesanteur rétrosternale.
- irradiations : le cou, les mâchoires, les deux bras ou le dos.
- signes généraux ; dyspnée, sueur, pâleur.

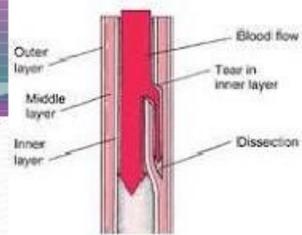
Examen clinique ,Radio pulmonaire : normale

ECG :

- sus décalage persistant du segment ST : infarctus aigu
- séquelles d'IDM
- normal :

marqueurs de dégâts myocardique : (CPK et Troponine) : en cas d'IDM





Les principales étiologies

□ 1.2 - Dissection aortique

Interrogatoire :

- Dg suspecté si ; HTA ancienne et/ou d'un morphotype particulier (Marfan) ,antécédents familiaux d'anévrisme ou de mort subite ;
- la douleur ; intense , prolongée, mais type et irradiations très variables.

Examen clinique :

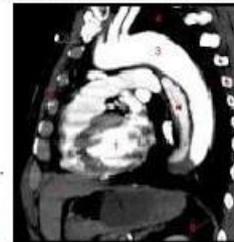
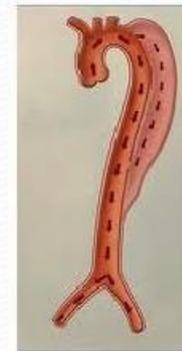
- un état de choc par tamponnade ou collapsus
- une HTA importante,
- un souffle systolique éjectionnel de base ou sus sternal,
- un souffle diastolique d'insuffisance aortique,
- une asymétrie tensionnelle...

Radiographie pulmonaire :

élargissement médiastinal si dissection de l'aorte ascendante

- ECG hypertrophie VG en cas d'HTA ancienne

- Si Dg suspecté ; en urgence **Echographie trans-thoracique et trans-oesophagienne, scanner ou IRM**



Les principales étiologies

❑ 1.3 - Péricardite aiguë

Interrogatoire

la douleur :

- très vive, à type de brûlures, augmentée par les mouvements respiratoires, calmée par l'antéflexion.
- Peut durer plusieurs heures.
- un contexte infectieux récent (syndrome grippal, gastroentérite ...)

Examen clinique : frottement péricardique inconstant de bonne valeur diagnostique, signes d'insuffisance cardiaque droite, tamponnade (TSJ , A basse , pouls paradoxal.

Radiographie pulmonaire : cardiomégalie .

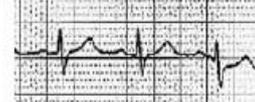
ECG : microvoltage en cas d'épanchement.

Echographique : un épanchement. L'absence d'épanchement n'infirmes pas le diagnostic.

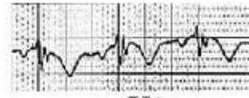
Les principales étiologies



DIII



DI



V1

- **Origine pulmonaire** : douleurs latérales

□ 2.1 - Embolie pulmonaire

- Interrogatoire :

- contexte de maladie thrombo embolique : alitement prolongé , chirurgie , antécédents de phlébite , grossesse , post partum, contraception
- La douleur est habituellement latéro-thoracique, vive, augmentée par l'inspiration.

- l'interrogatoire et l'examen clinique, : tachycardie, chute tensionnelle, lipothymie ou syncope, cyanose.

- des signes pulmonaire : dyspnée, foyer pulmonaire, hémoptysie, toux.

- Radiographie thoracique .; normale, sur élévation d'une coupole, foyer infectieux pulmonaire.

- ECG : tachycardie, signes de cœur pulmonaire aigu (bloc de branche droit, aspect S₁Q₃).

- Dosage des D dimères : si négatif, élimine le Dg

- Gaz du sang : une hypoxie-hypocapnie.

- Scintigraphie pulmonaire : si négative, élimine le Dg ; Si anormale, : échocardiographie, scanner spiralé thoracique, angiographie pulmonaire, etc..

-Angioscanner thoracique : examen de référence .

- Doppler veineux des membres inférieurs à la recherche d'une thrombose veineuse profonde associée.

Les principales étiologies

2.2 - Epanchement pleural : pleurésie

2.3 - Pneumothorax spontané

2.4- pneumopathie infectieuses

- **3 - DT d'origine digestive**

3.1 - cholécystite aiguë

3.2- La pancréatite aiguë

3.3- reflux gastro--esophagien

3.4- maladie ulcéreuse

Les principales étiologies

- **4- Douleurs neurologiques**

- la douleur est de type radiculaire, en ceinture ou hémi-ceinture, très brutale.

- le zona intercostal : les douleurs+ éruption métamérique.
- un tassement vertébral.

- **5- DT d'origine pariétale :**

- fracture de côtes
- ostéite
- syndrome de TEITZE (rhumatisme chondro-costal)

- **6-DT et anxiété** surtout chez la femme avec ex : normal

Conduite pratique

Devant une douleur thoracique

- 1- Recherche des facteurs de risque: cardiovasculaire , thromboembolique
- 2- Histoire de la maladie
- 3- Au minimum : pouls , TA , FR , ECG , Enz cardiaques , Gazométrie,...
- 4- principales étiologies: IDM , EP , dissection aortique, péricardite , pneumothorax , pleurésie,
- 5- Examen : paroi thoracique , cardio- vasculaire , pleuro-pulmonaire

LES PALPITATIONS

C'est la perception, par le sujet, des battements de son cœur.

- si l'accès des palpitations a ou non **un début et une fin brusques** ;
- si **le cœur est régulier ou non** pendant l'accès.

IL PEUT S'AGIR DE SENSATIONS PASSAGÈRES, soit un ou deux battements cardiaques plus forts que les autres, soit l'impression d'arrêt du cœur très court. Il s'agit extra systoles le plus souvent bénignes.

LES PALPITATIONS

IL PEUT S'AGIR D'ACCÉLÉRATIONS SUBITES DU RYTHME DU CŒUR qui est alors :

- régulier à 180, évoquant la maladie de BOUVERET (crise de tachycardie bénigne du jeune), **début et fin brusques**. La fin de la crise peut être spontanée ou obtenue par compression carotidienne. Loi "du tout ou rien".
- irrégulier entre 150 et 200, évoquant la tachyarythmie paroxystique, faisant suspecter une maladie du cœur : rétrécissement mitral ou une hyperthyroïdie avec complication cardiaque, ou une cardiopathie secondaire à l'hypertension artérielle, ou bien un syndrome de Wolf-Parkinson-White. **La crise a un début brusque, une fin progressive.**

LES PALPITATIONS

CERTAINS ACCÈS DE PALPITATIONS ont **un début et une fin progressifs**. Ils sont déclenchés en général par une émotion, un effort, ou surviennent la nuit. Le rythme cardiaque est de 110-130. Il s'agit **d'une tachycardie sinusale bénigne**.