

LA DOULEUR THORACIQUE AU NIVEAU DE L'URGENCE

Un diagnostic exaltant et une prise en charge sans délai

R. M. ZAOUALI¹

INTRODUCTION

Faire le diagnostic, évaluer la gravité du pronostic, traiter et orienter convenablement le patient sont des obligations pour le médecin qui reçoit un malade en situation d'urgence.

Parmi les urgences auxquelles les médecins ont à faire face, les urgences cardio-vasculaires sont fréquentes et parfois très graves.

Les douleurs thoraciques représentent un motif très fréquent de consultation dans les services d'urgence.

Pour le patient, la précordialgie est un symptôme alarmant, car il évoque en premier lieu l'infarctus du myocarde.

Pour le médecin, il est fondamental de reconnaître parmi ces douleurs thoraciques, celles qui sont en rapport avec une pathologie cardio-vasculaire pouvant compromettre le pronostic vital. Il doit identifier l'insuffisance coronaire ou l'éliminer.

Cependant, tous les plans anatomiques de la cage thoracique peuvent être à l'origine de phénomènes douloureux organiques.

- Plan superficiel : peau, os, cartilages, ligaments, muscles, nerfs.
- Séreuses : plèvres, péricarde.
- Viscères : cœur, aorte, poumons, œsophage.

Le médecin doit enfin reconnaître les nombreuses manifestations fonctionnelles exprimant seulement un état anxieux.

I- ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR THORACIQUE

Un interrogatoire attentif, méthodique et minutieusement conduit permet de préciser les points suivants :

a- La localisation :

Une douleur thoracique médiane est en faveur d'un angor ou d'une origine digestive.
Une douleur thoracique latéralisée est plutôt pleuro-pulmonaire ou pariétale.

b- Le type :

En général, les douleurs punctiformes ne sont pas en faveur d'une origine organique.

c- Les irradiations :

Les douleurs qui irradient vers le haut (cou, mâchoires) évoquent l'angor.

Les douleurs qui irradient vers le bas (abdomen, lombes) sont plutôt en faveur d'une dissection aortique.

¹ Professeur

d- Le mode de début :

Les douleurs à début brutal orientent vers l'infarctus du myocarde, le pneumothorax et la dissection aortique.

e- Les circonstances de survenue :

Les douleurs thoraciques qui surviennent à l'effort sont en faveur de l'angor.

Les douleurs thoraciques qui apparaissent après les repas orientent vers l'angor ou l'origine digestive

Les douleurs thoraciques provoquées par les mouvements respiratoires évoquent l'atteinte d'une séreuse : plèvre ou péricarde.

f- Le contexte :

Il convient de rechercher des antécédents coronariens, hypertensifs, thrombo-emboliques ou psychiques.

Un alitement ou un accouchement récent sont en faveur d'une embolie pulmonaire.

I- L'EXAMEN CLINIQUE

a- L'inspection note :

- le terrain (âge, sexe, corpulence, état veineux des membres inférieurs, comportement).
- La tolérance hémodynamique (cyanose, marbrures).
- L'existence d'une éruption cutanée, d'ecchymoses thoraciques, d'une circulation collatérale, d'œdème.

b- La palpation étudiée :

- Le choc de pointe.
- Les axes vasculaires.
- La reproduction d'une douleur pariétale.

c- La percussion recherche :

- Un tympanisme ou une matité pleuro-pulmonaire.

d- L'auscultation peut mettre en évidence :

- Un souffle cardiaque ou pleurétique.
- Un frottement péricardique ou pleural.
- Un foyer de râles pulmonaires et un silence respiratoire unilatéral.

- Très souvent, l'examen physique thoracique est normal.

III- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Il faut commencer par des examens simples :

- Radiographie du thorax.
- Electrocardiogramme.

Selon une première orientation et si nécessaire :

- Echocardiogramme.
- Clichés radiologiques vertébraux.
- Etude radiologique ou endoscopique de l'œsophage et de l'estomac.

- Electrocardiogramme d'effort.

IV- LE DIAGNOSTIC

Au terme de ce bilan, le diagnostic est généralement posé.

A- Les douleurs coronariennes

1. L'angor stable.
2. L'angor instable.
3. L'infarctus du myocarde.

B- Les douleurs non coronariennes d'origine cardio-vasculaire

1. La dissection de l'aorte.
2. L'embolie pulmonaire.
3. Les péricardites aiguës.

Ces chapitres seront traités plus loin.

C- Les douleurs digestives

1- Le spasme œsophagien

Il est favorisé ou non par un reflux gastro-œsophagien ou une lésion œsophagienne. Il peut être confondu avec une angine de poitrine, car la douleur est de localisation précordiale et elle disparaît avec la prise de Trinitrine.

Souvent, il faut avoir recours à la manométrie œsophagienne, à l'œsophagoscopie et à la coronarographie pour retenir l'étiologie œsophagienne et éliminer l'étiologie coronarienne, cela ne doit pas être un diagnostic de facilité.

2- Hépatalgie de stase

La douleur thoracique peut simuler un angor. Elle survient à l'effort en période postprandiale. Elle résiste à la Trinitrine. L'hépatalgie est la manifestation fonctionnelle d'une hépatomégalie congestive avec reflux hépato-jugulaire. Elle objective une insuffisance ventriculaire droite, quelqu'en soit l'origine. Elle peut être observée aussi en cas de compression cardiaque d'origine péricardique.

3- La hernie diaphragmatique

Elle entraîne une douleur rétrosternale basse survenant peut après les repas surtout la nuit. Elle est exacerbée par la position penchée en avant et souvent elle s'accompagne de pyrosis.

4- L'ulcère gastro-duodéal

La douleur est épigastrique avec des irradiations ascendantes rétrosternales. A type de piquûre, elle est exagérée par la consommation d'aspirine, d'anti-inflammatoires ou de substances acides.

5- La gastrite et la cholécystite

Sont également responsables de douleurs à retentissement thoracique.

6- La rupture « spontanée » de l'œsophage

Elle s'observe après un repas abondant. Elle est trompeuse mais s'accompagne d'un pneumo-médiastin et parfois d'un emphysème sous-cutané cervical.

D- Les douleurs pleuro-pulmonaires

1- Le pneumothorax spontané

Il apparaît chez le sujet jeune, en pleine santé apparente. La douleur est d'installation brutale, latéro-thoracique en « coup de poignard ». L'examen met en évidence une sonorité anormale de la plègue pulmonaire atteinte, la disparition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire.

L'examen radiologique confirme le diagnostic.

2- Le pneumothorax aigu

Le début peut être brutal par un accès fébrile avec frisson. La douleur est localisée, latéro-thoracique accompagnée d'une dyspnée et de crachats parfois hémoptoïques.

L'examen objective un syndrome de condensation avec un souffle tubaire au milieu des râles non-crépitants et crépitants. Une radiographie pulmonaire confirme le diagnostic.

3- Les séquelles pleurales

Elles peuvent être responsables de douleurs thoraciques subissant l'influence de la respiration.

Ces douleurs latéralisées sont surtout ressenties pendant l'inspiration profonde.

Des frottements et/ou des râles secs sont entendus à l'auscultation pulmonaire.

A la radiographie thoracique, le cul de sac pleural est comblé.

E- Les douleurs précordiales d'autres origines

1- Les douleurs neurotoniques

Elles sont fréquentes. Elles surviennent sans horaire particulier au repos comme à la marche chez un sujet souffrant d'une asthénie physique et surtout psychique. Rythmées par les soucis, ces douleurs apparaissent à tout moment mais peuvent disparaître si le malade est très occupé ou distrait.

Elles sont de siège mammaire ou péri-mammaire généralement gauche, désignées par le bout du doigt et non par la main à plat.

Il peut s'agir de douleurs très brèves ou de douleurs sourdes.

Le contexte est bien particulier, exubérant. Il est fait de tremblements, de soupirs ou de lipothymies. Il s'agit souvent d'une jeune fille ou d'une femme. Il peut s'agir d'étudiants inquiets à l'approche des examens. Mais ces douleurs peuvent atteindre aussi tout sujet anxieux, insomniaque ou énervé.

2- Les douleurs rhumatismales

a- La périarthrite scapulo-humérale

Elle se caractérise par une douleur provoquée surtout la nuit lors des mouvements de l'épaule.

La palpation met en évidence un point douloureux exquis et la radiologie visualise l'intégrité de l'articulation et parfois des calcifications inter-tendineuses.

La périarthrite scapulo-humérale peut être parfois secondaire à un traumatisme de l'épaule, à une hémiparésie ou à un surmenage fonctionnel de cette articulation. Elle peut être une complication tardive d'un infarctus du myocarde.

b- La névralgie cervico-trachéale

Souvent déclenchée par les mouvements cervicaux.

c- La myalgie du grand pectoral

Elle est exacerbée par la pression et les mouvements du muscle.

d- Le syndrome de Tietze

C'est l'inflammation d'un cartilage costal. La douleur est sourde et non aiguë. Elle est exacerbée par la toux, les mouvements des bras, l'inspiration profonde et la palpation.

3- La fracture de côte

La douleur est exacerbée par la toux et la palpation.

L'examen radiologique met en évidence le trait de fracture

4- La mastite chronique

Elle se caractérise par des nodules localisés aux seins, entraînant des douleurs mammaires très gênantes, prémenstruelles.

5- Le zona

Il s'agit d'une douleur à type de brûlure superficielle unilatérale qui sera accompagnée d'une éruption vésiculaire.

Diagnostic d'une douleur thoracique

