

Université de Djilali LIABES  
De Sidi Bel Abbas  
Faculté de Médecine  
Département de Médecine

---

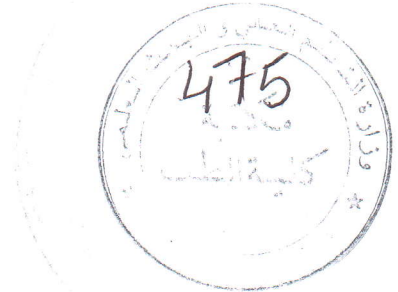
**CAT devant :**  
**Douleur thoracique aiguë**

---

**TD**

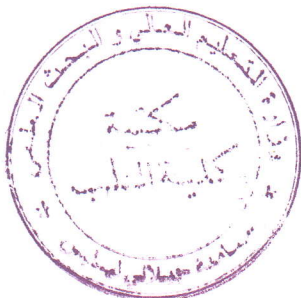
**Module : MED I**

**6<sup>ème</sup> année**



**Dr NABI Abdelkader**  
**Anesthésie-réanimation**

**Année universitaire 2022/2023**



Dr A. NABI

Anesthésie-Réanimation

## *CAT devant une douleur thoracique aigüe*

### I. Introduction

- Motif très fréquent de consultation.
- Cardiologie → 50% des motifs d'hospitalisation.
- Défi de diagnostic étiologique.
- Absence de parallélisme entre l'intensité de la douleur thoracique et la gravité de l'affection sous-jacente
- Un interrogatoire précis et un examen minutieux permettent souvent d'orienter les examens complémentaires et de retrouver la cause.
- **Objectif** : identifier les situations d'urgence associées à un risque vital.

### II. Approche diagnostique

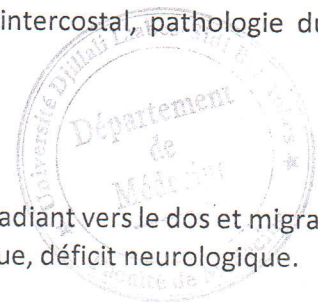
- **Première étape** : détresse vitale
  - **Détresse respiratoire** : polypnée, cyanose, tirage...
  - **Détresse circulatoire** : hypotension, marbrure, arrêt cardio-respiratoire...
  - **Détresse neurologique** : syncope, lipothymie, agitation, confusion voire coma
- **Interrogatoire** :
  - **Analyse sémiologique de la douleur** : type, siège, irradiation, facteur déclenchant, facteur calmant
  - **Facteurs de risque cardio-vasculaire** : tabagisme, HTA, diabète, dyslipidémie, âge et sexe, antécédents personnels et familiaux d'évènement cardiovasculaire
- **Examen physique** : centré sur l'appareil cardiovasculaire et pleuropulmonaire, mesure de la TA au niveau des deux bras, auscultation, percussion, palpation (reflux hépato-jugulaire, signe de Harzer) et œdème des membres inférieurs, signes de phlébite, emphysème sous-cutané, température

### III. Étiologies

- Repose sur les données de :
  - Interrogatoire
  - Examen physique
  - Résultats des examens complémentaires : SpO<sub>2</sub>, radiographie du thorax, ECG, biologies (troponine, D-dimère), échocardiographie, échographie pulmonaire (?), TDM thoracique, scintigraphie
- **Causes cardiaques** : syndromes coronariens, dissection de l'aorte, péricardite, embolie pulmonaire, HTAP, rétrécissement aortiques, maladie de Barlow
- **Causes non-cardiaques** :
  - **Pulmonaire** : pneumonie, pleurésie, pneumothorax, embolie pulmonaire, tumeur
  - **Gastro-intestinales** : RGO, spasme œsophagien, syndrome de Mallory-Weiss, ulcère gastrique, rupture spontanée de l'œsophage
  - **Autres** : fracture de côtes, atteinte chondro-costale, zona intercostal, pathologie du sein, angoisse

### A. Dissection de l'aorte

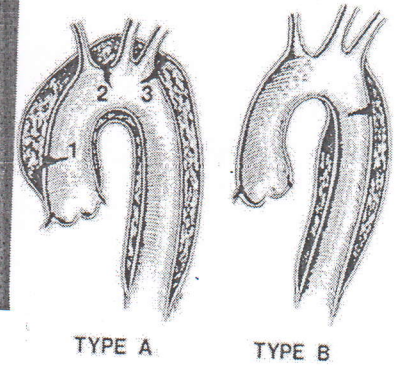
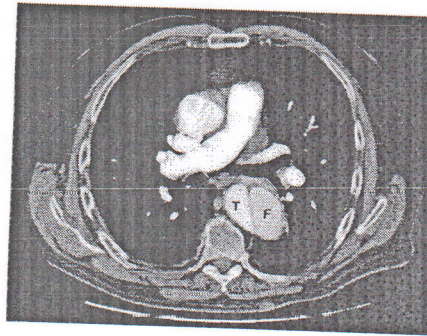
- **Terrain** : HTA ancienne, syndrome de Marfan, grossesse.
- Douleur thoracique aigüe, violente, prolongée à type de déchirure, irradiant vers le dos et migratrice.
- Asymétrie de la TA, abolition d'un pouls, souffle d'insuffisance aortique, déficit neurologique.
- Révéler à l'occasion d'une complication



Dr A. NABI

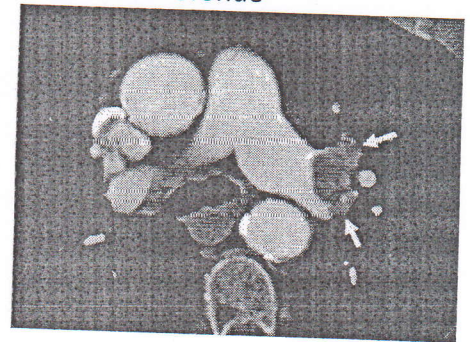
*Anesthésie-Réanimation*

- **ECG** : normal, Hypertrophie Ventriculaire Gauche ou Syndrome Coronarien Aigu
- **Radiographie du thorax** : élargissement du médiastin, épanchement pleural
- **Diagnostic** : Échographie Trans-Thoracique, Échographie Trans-Œsophagienne, TDM (diagnostic et classification)
- **Traitement** :
  - **Type A** : chirurgie
  - **Type B** : médical (contrôle de la TA)



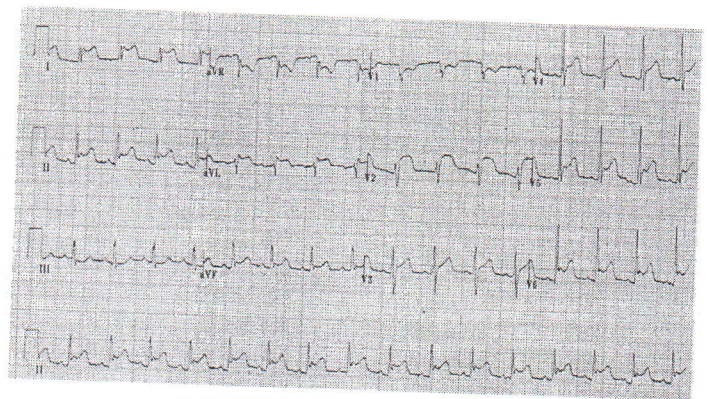
**B. Embolie pulmonaire**

- **Contexte** : alitement, post-opératoire, post-partum, néoplasie, pilule
- Douleur thoracique de type pleural → embolie pulmonaire distale +++
- Recherche de signes de Cœur Pulmonaire Aigu et de Thrombose Veineuse Profonde
- **Radiographie du thorax** : élimine un diagnostic différentiel
- **ECG**
- **D-dimère** : très bonne Valeur Prédictive Négative (VPN) = 95%
- **Traitement** :
  - **Anticoagulation** : héparine /AVK
  - **Thrombolyse** : pas de délai, formes graves, si pas de contre-indications
  - Chirurgie



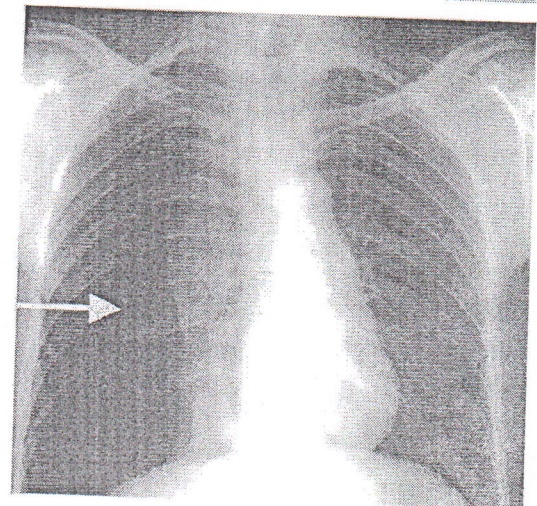
**C. Péricardite**

- Inflammation du péricarde avec ou sans épanchement
- Sujet jeune, contexte infectieux, frottement péricardique
- Recherche des signes de tamponnade +++
- **ECG** : sus-décalage ST concave vers le haut, ST isoélectrique, T plates, T négatives,
- **Radiographie du thorax, Échographie Trans-Thoracique**
- **Traitement** : Aspirine



**D. Pneumothorax**

- Souvent, sujet jeune longiligne
- Douleur thoracique de type pleural, à l'occasion d'un effort
- Diminution du murmure vésiculaire, tympanisme, emphysème sous-cutané
- Recherche de signes de gravité
- **Radiographie du thorax**
- **Traitement** : exsufflation, drainage

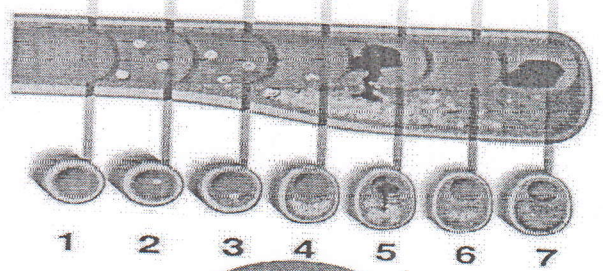


Dr A. NABI

Anesthésie-Réanimation

**E. Syndrome Coronarien Aigu**

- Complication de l'athéro-thrombose des artères coronaires
- Douleur thoracique angineuse, spontanée, prolongée, trinitro-résistante
- **ECG** : décisif pour le diagnostic, en cas de doute il doit être répété, 18 dérivation, cause de sus-décalage ST



• **Troponine VS Troponisme :**

- Troponine positif = nécrose myocytaire mais pas forcément par ischémie coronarienne, s'élève 4-6h après le début des symptômes, pic à 24h, retour à la normale au bout de 15-20 jours
- L'augmentation de Troponine ne veut pas dire SCA
- En pratique, on fait un dosage 6h après ou deux dosages à 4h d'intervalle

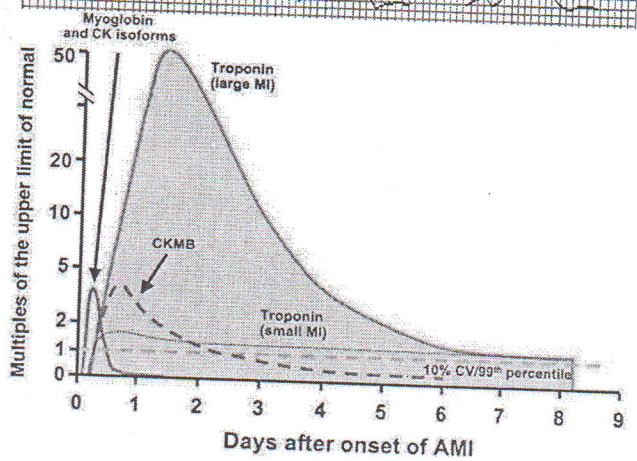
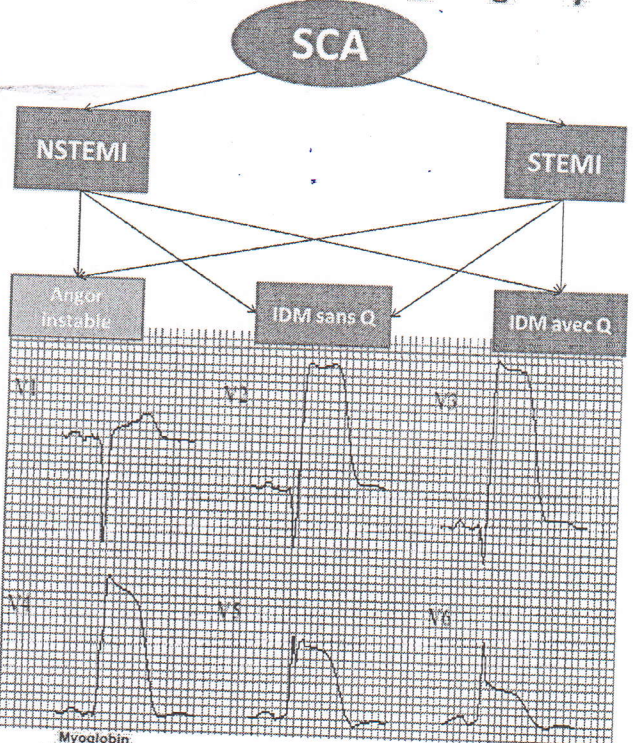
**NB** : le troponisme est une maladie qui touche les médecins entraînant une suspension du bon sens face à une élévation de la Troponine

- **ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI)** → diagnostic rétrospectif / pronostic
- **Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)** → diagnostic et stratification du risque

- **Présentation atypique** : formes pseudo-digestives, formes où la douleur est absente, Bloc de Branche Gauche (BBG), WPW, rythme électro-entraîné

• **Prise en charge :**

- Place de la prise en charge pré hospitalière
- **Objectif :**
  - Repermeabiliser l'artère bouchée
  - Angioplastie artérielle transluminale (ATL) VS thrombolyse :

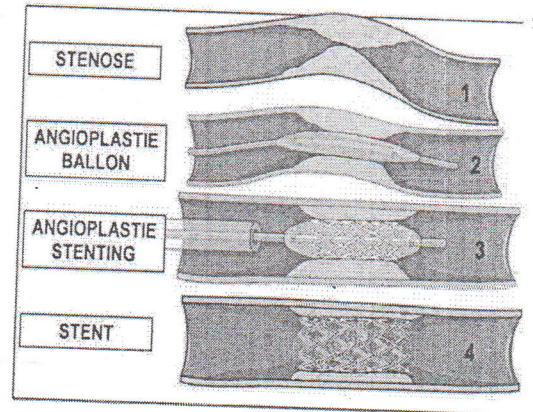


- ✓ **Contre-indication de la thrombolyse :**
  - ❖ **Absolues** : hémorragie cérébro-méningée à vie, AVC < 6 mois, malformation vasculaire ou tumeur cérébrale, traumatisme sévère dans les 21 jours précédents, ulcère digestif avec saignement récent ou très symptomatique, pancréatite aigue
  - ❖ **Relatives** : Accident Ischémique Transitoire < 6 mois, traitement par AVK, grossesse et première semaine du post-partum, ponction des gros vaisseaux non compressibles, pousse ulcéreuse < un mois, Massage Cardiaque Externe, âge > 70 ans, insuffisance hépatocellulaire sévère.
- ✓ **Angioplastie** : première intention si délai entre 1<sup>er</sup> contact et ballonnet < 90 mn, contre-indication à la thrombolyse, échec de la thrombolyse, choc cardiogénique, doute diagnostique (douleur thoracique +++ avec HVG, BBG, WPW)

Dr A. NABI

*Anesthésie-Réanimation*

- ✓ **Thrombolyse** : pas de contre-indication, si douleur thoracique > 3h, jusqu'à la 12<sup>e</sup> heure, si délai contact-ballonnet > 90 mn
  - ❖ Tenecteplase (Metalyse®) : une seule injection IVD, en fonction du poids
  - ❖ Alteplase (Actilyse®) : 15 mg IV puis 0,75 mg/kg sur 30 mn puis 0,5 mg/kg sur 60 mn



**NB** : il faut faire très attention au SCA avec syncope car risque de traumatisme crânien méconnu

- ✓ Présence de plateau technique adéquat
  - ✓ Signes de choc.
  - ✓ Délai par rapport au début des symptômes.
  - ✓ Délai estimé être le premier contact et la première expansion du ballonnet.
- **Signes de reperfusion** :
- **Clinique** : sédation de la douleur après une majoration initiale possible
  - **Biologie** : pic précoce de la troponine
  - **ECG** : arythmie ventriculaire de reperfusion (ESV, TV, RIVA) et nette régression voire normalisation du ST et avortement des Q
- **Mesures générales** : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC), repos au lit, monitoring, sérum glucosé à 5%, traitement antalgique, bilan sanguin, ECG chaque jour
- **Traitement adjuvant** :
- **ASA** : 250-500 mg per os ou IV (pré-hospitalier) puis 75-150 mg/j
  - **Clopidogrel (Plavix®)** : 300 mg en dose de charge puis 75 mg/j
    - ✓ Sujet > 70 ans → pas de dose de charge
  - **Enoxaparine** (30 mg en IV puis, 15 mn après 1 mg/kg/12 h) ou **Héparine Non-Fractionnée** (60 UI/Kg bolus puis 12 UI/Kg/h)
  - **β-bloquant**
  - **IEC/ARA2**
  - **Statine** : Atorvastatine (Tahor®)
  - **Dérivés nitrés**
- **NSTEMI** :
- Après avoir éliminés un SCA +, 18 dérivation, ECG répété
  - Stratification du risque : 2 outils :
    - ✓ **Score de TIMI** : âge ≥ 65 ans (1 pt), présence d'au moins 3 facteurs de risque cardiovasculaires (1 pt), maladie coronaire connue (1 pt), prise d'ASA dans les 7 jours (1 pt), angor sévère dans les 24h (1 pt), CPK-MB ou troponine + (1 pt), modification ST > 0,5 mV (1 pt)
      - ❖ TIMI ≥ 5 → patient à haut risque
    - ✓ **Recommandation de l'ESC**
  - **Traitement** :
    - ✓ **Antiagrégant plaquettaire** : ASA (75-150 mg/j), Clopidogrel (75 mg/j)
    - ✓ **Antithrombotique, anti-ischémique, β-bloquant, dérivés nitrés, anticalcique**
    - ✓ **Stratégies invasives**

### **Références bibliographiques :**

1. Douleur thoracique aigue et chronique. (revue du praticien 2001 ; 51 :1221-30)
2. Douleur thoracique aigue et chronique. (revue du praticien. 2006 ; 56 (8) : 909-18)
3. Orientation diagnostique devant une douleur thoracique ([www.besancon-cardio.org](http://www.besancon-cardio.org))
4. Douleur thoracique aigue et chronique (référentiel sémiologie – collège des enseignants de Pneumologie 2009)
5. Douleur thoracique non traumatique (urgences vitales ; prise en charge et diagnostics ; gestes)
6. Techniques et thérapeutiques : 2<sup>ème</sup> édition 2004)