



DOULEUR THORACIQUE

Dr Madjid Si Hocine, département
de médecine interne (St Camille-
Bry/Marne)

G

Généralités

- Motif fréquent de consultation aux urgences
- Nécessité de faire le tri et faire la part des choses
- Risque vital imminent?
- Importance de l'interrogatoire
- Examen complémentaires de base: ECG et radio de Thorax
- Se méfier des examens faussement rassurant!

Cas où les fonctions vitales sont altérée: analyse du trépied vital

- Analyse de la fonction respiratoire:

- dyspnée (polypnée, tachypnée, orthopnée)

- fréquence respiratoire

- signes de détresse?

- valeur de la Sa O²

..

- Analyse de la fonction cardio circulatoire:

- π ,

- PA, signes périphériques de choc

- Analyse de l'état de conscience: confusion,

- agitation,

- valeur du score de Glasgow

Détresse hémodynamique au premier plan

IDM: tableau de choc cardiogénique (destruction > 40% du myocarde, rupture pilier..), la douleur passe au second plan devant le choc, priorité= reperfusion=angioplastie

Dissection aortique aigue médico chir (50% de survie à 48h), savoir évoquer le diagnostic:

1/dir thoracique à type de déchirure migrante: pt de départ face ant du thorax)

2/HTA

3/asymétrie TA ou π

4/Localisation ischémique(membre, mésentérique, déficit neurologique..)

ETT-ETO et/ou TDM si stabilité hémodynamique

Ascendante & crosse: chir, sinon trt médical(baisse tensionnelle, trt de la douleur, anxyolyse)

Embolie pulmonaire: état de choc par défaillance ventriculaire droite aigue: hypo TA/tachypnée > 20, hypoxie, signes d'IVD sans OAP

-expansion volémique prudente

-dobutamine 10y/kg/min ou noradrénaline

-O² thérapie à haut débit, ventilation mécanique si indispensable

Contexte évocateur (chir, grossesse,...), rechercher les signes de cœur pulmonaire aigu par l'ETT ou mieux ETO avec indication à la thrombolyse

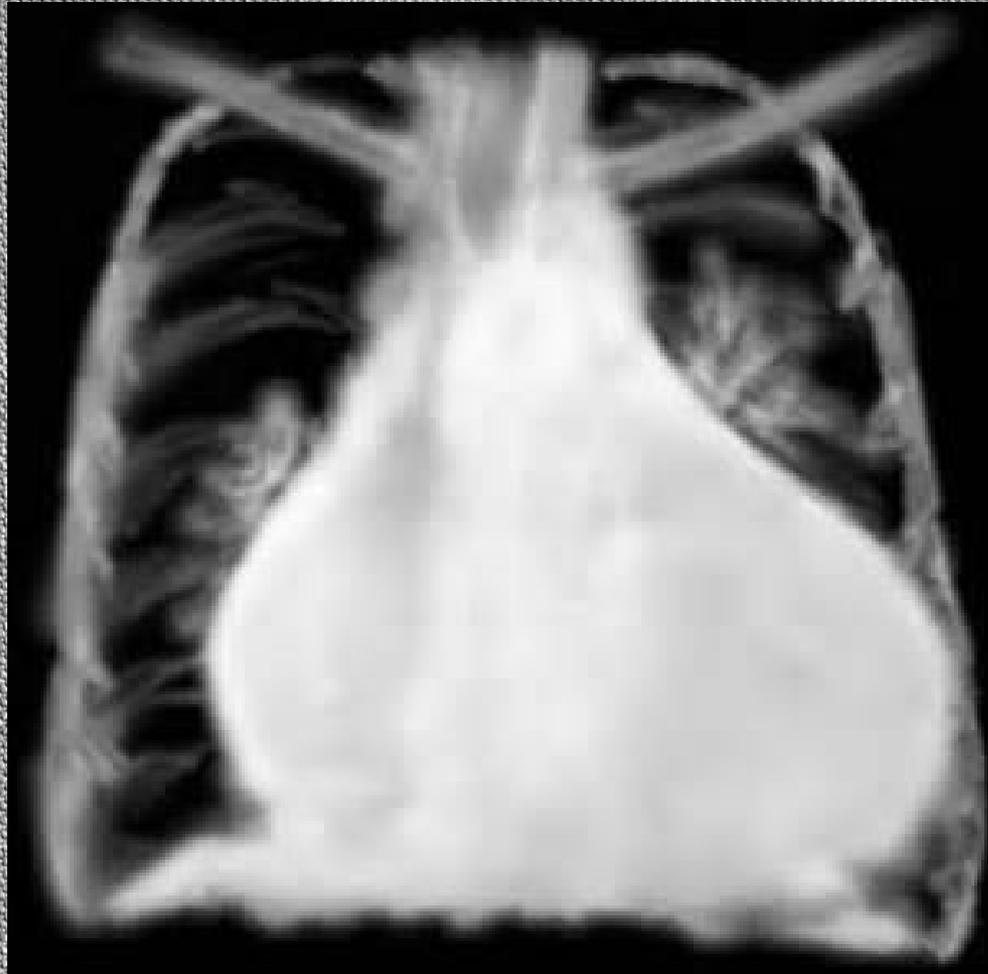
Détresse hémodynamique au premier plan (2)

Tamponnade: épanchement à l'origine d'une altération de la fonction diastolique puis systolique. La présentation clinique est fonction de la vitesse d'installation, si progressive signe de péricardite aiguë (douleur sévère augmentée par le décubitus soulagée par position assise, pseudo angineuse) si rapide choc cardiogénique sans OAP avec signes droits (hépatalgie, TJ) bdc assourdis, frottement, π paradoxal

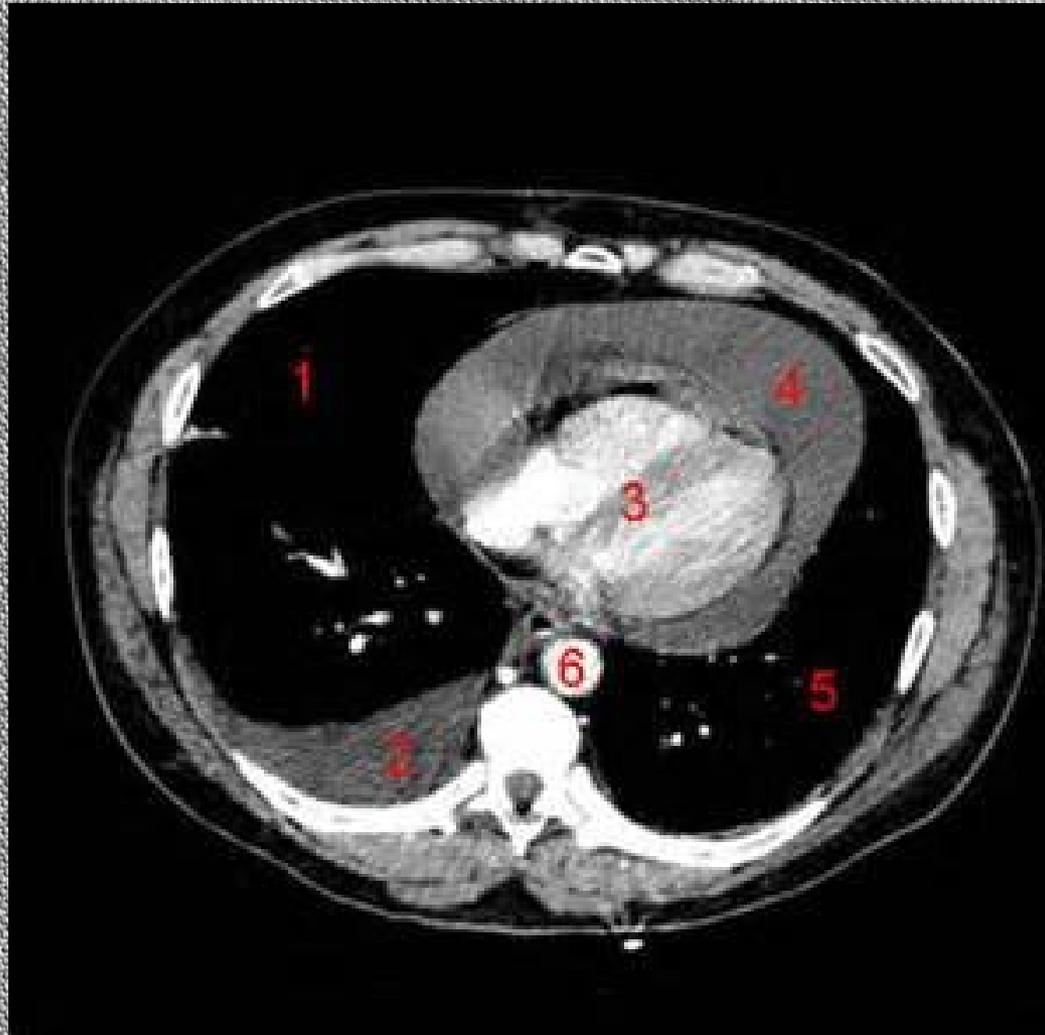
Examen clef: echo cœur sinon RP (silhouette) ECG (micro voltage QRS)

Décompression péricardique en urgence sous écho si U extrême, sinon drainage chirurgical

Tamponnade:



Tamponnade: TDM



Ponction péricardique

Repérage échographique

Ponction à la pointe du
sternum en regard du VD

30° par rapport à
l'horizontale en direction de
l'épaule gauche

Le vide à la main



Drainage péricardique



Mise en place du drain sur le mandrin



Détresse respiratoire au premier plan:

· Pneumonie aiguë: parfois d'emblée SDRA, sinon en quelques heures

>sd douloureux à type de point de côté accru par la toux et l'inspiration.

Douleur majorée si atteinte pleural (PK VS les atypiques)

>fièvre élevée d'installation brutale (« le frisson solennel »)

>foyer de crépitant

>radio foyer de condensation alvéolaire

>trt probabiliste: amoxicilline 50-100mg/kg

· Pneumothorax suffocant:

>sd douloureux *brutal, intense ou modéré majoré par l'inspiration profonde*

>dyspnée et toux

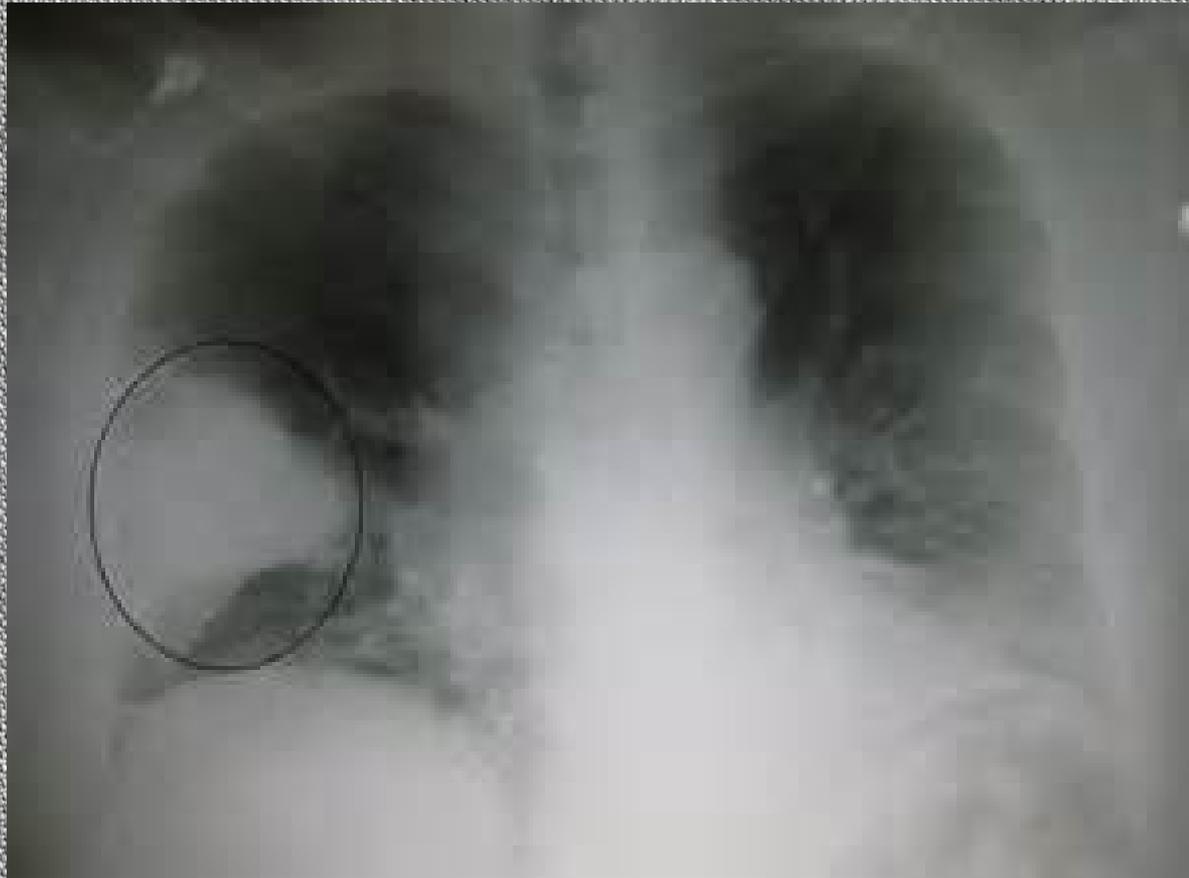
>dtic clinique: *abolition des VV-tympanisme-silence auscultatoire*

>trt *exsufflation de sauvetage à l'aiguille si PNO suffocant ou drainage thoracique*

Pneumopathie



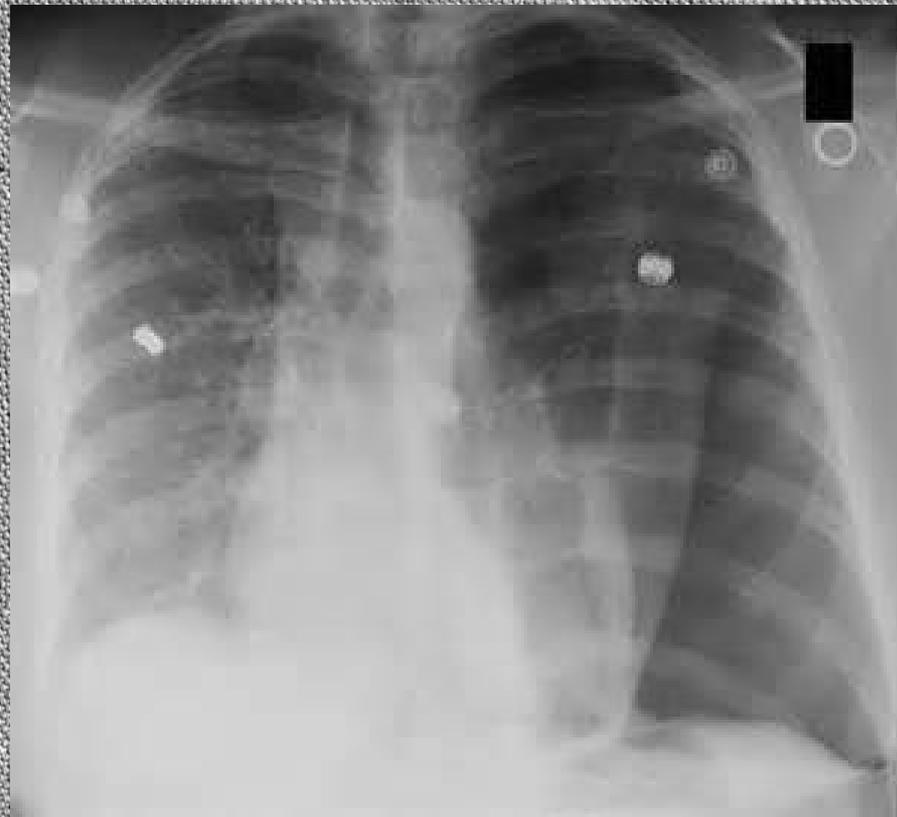
Pneumopathie



Pneumopathie



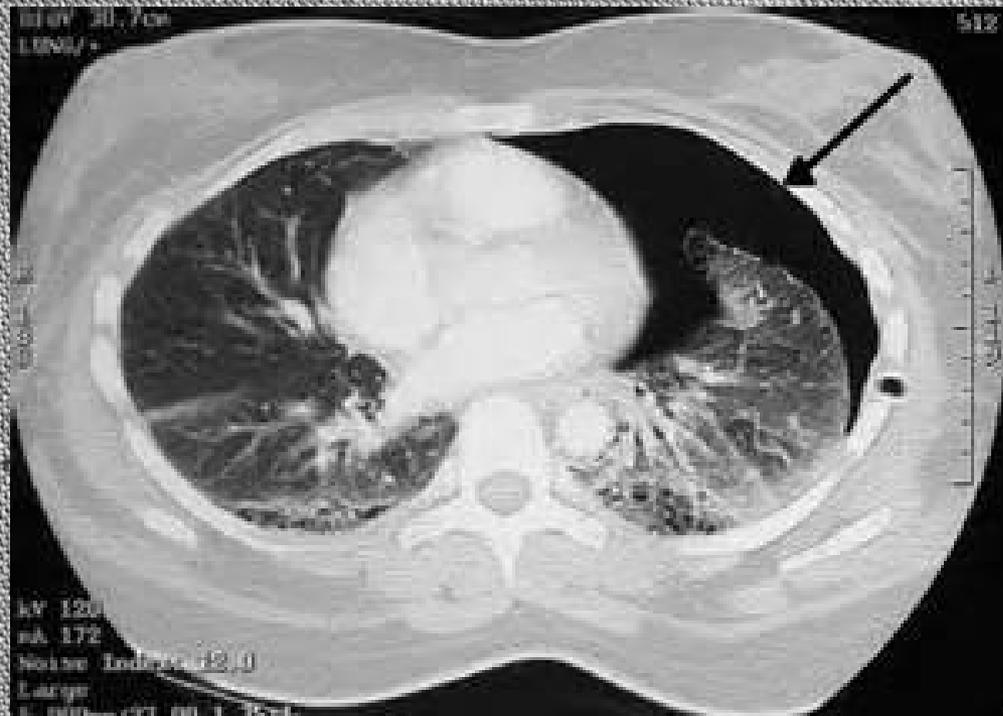
Pneumothorax



Pneumothorax



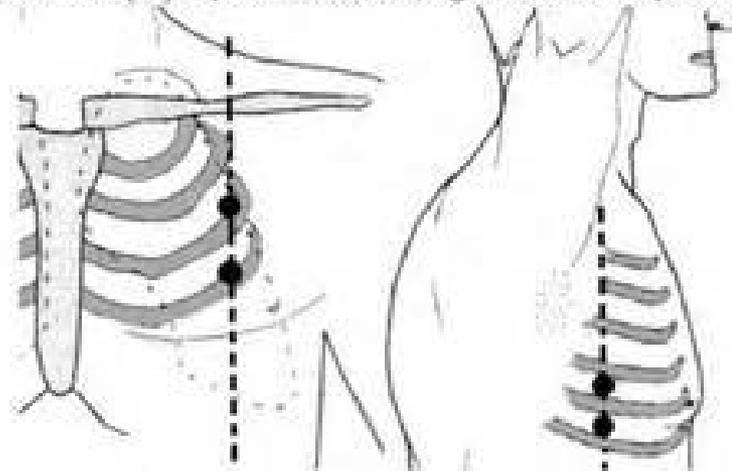
Pneumothorax



Drainage d'un pneumothorax

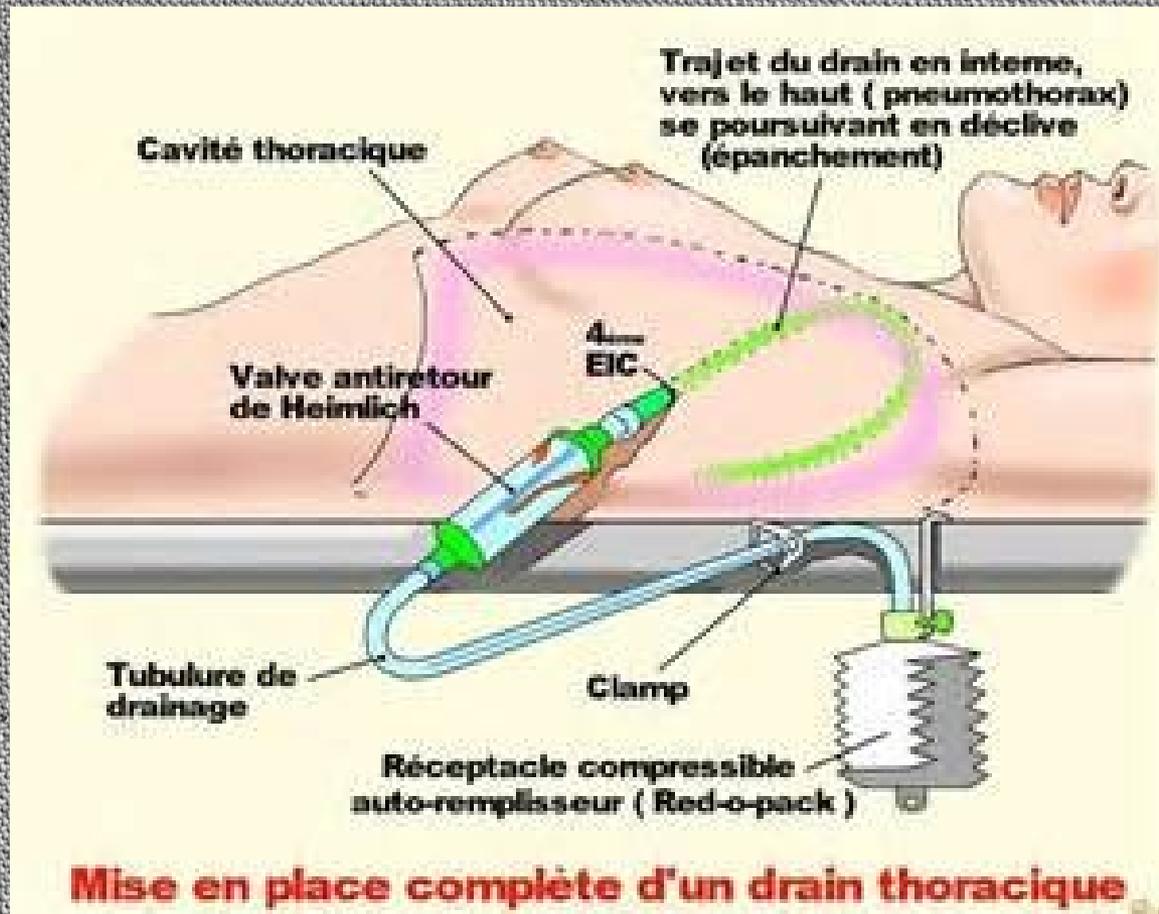
Drainage thoracique *Pneumothorax*

- Antérieur : 2^e (3^e) espace intercostal, ligne médio-claviculaire.
- Latéral : 4^e (5^e) espace intercostal, ligne axillaire moyenne.



Ponction au niveau du rebord supérieur de la côte inférieure.

Drain thoracique



Pleurevac



Cas où les fonctions vitales ne sont pas altérées

- Si absence de signes de gravités, prioritairement rechercher les étiologies potentiellement létales :IDM,EP, dissection, PNO, et celles nécessitant une hospitalisation: péricardites, pneumopathies, pancréatites aiguës et enfin celles plus bénignes
- Démarche diagnostic: interrogatoire et examen clinique ++++
 - caractère et siège de la douleur, facteur déclenchant et sédatif
 - contexte de survenue (effort,allitement)
 - Antcdt & trt en cours

Examen

Examen de base: ECG et radio de thorax

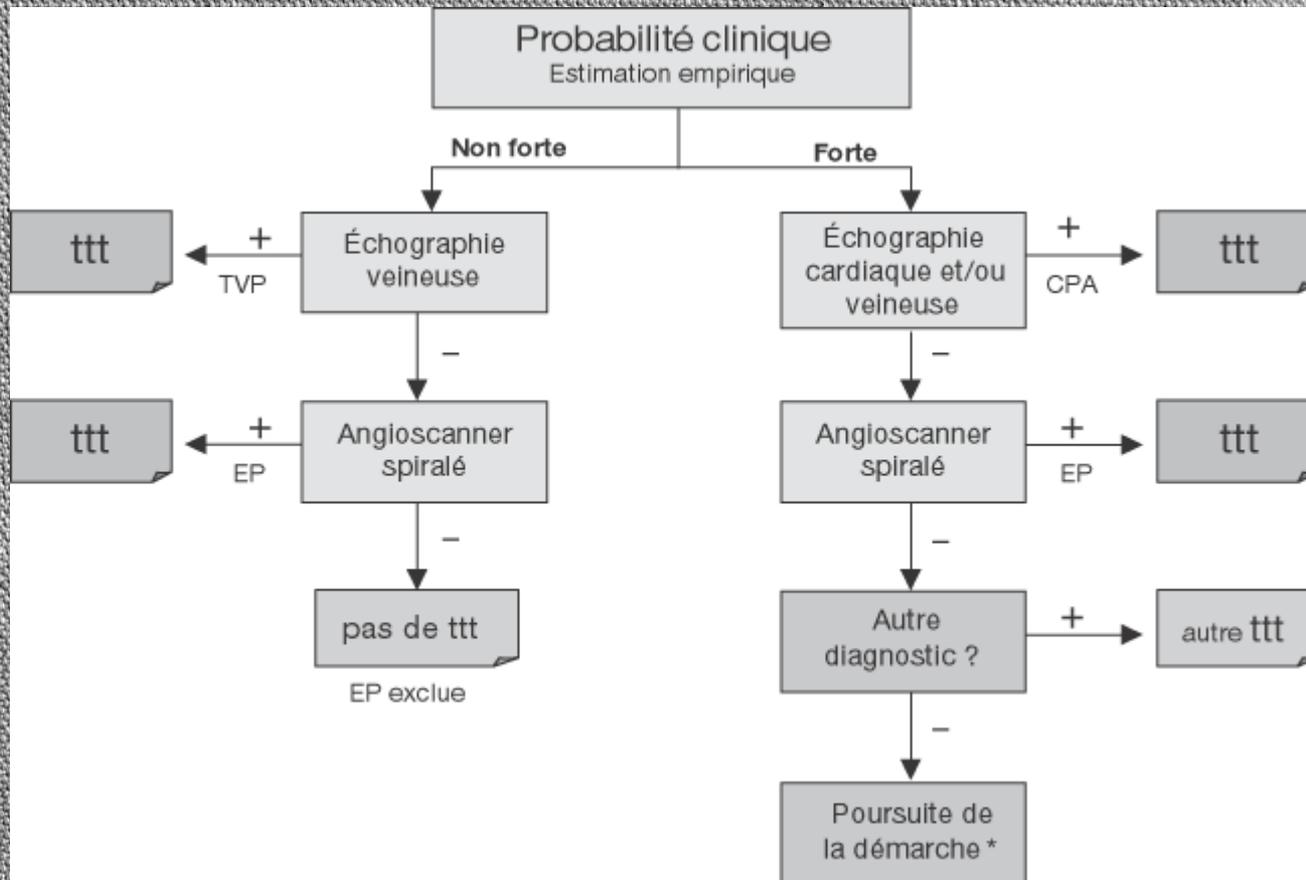
Douleur angineuse

- Caractéristiques de la douleur bien connues, dans l'IDM >30' et rebelle aux nitrés
- Pour le SCA st neg : ECG et dosage de la troponine
- Pour l'IDM: un seul examen l'ECG avec droites et postérieures! Si >0 orientation enUSIC
- Cas de la douleur angineuse atypique: intérêt du cycle enzymatique, la troponine s'élevant à partir de 3 à 6heures >> couvrir 6h!

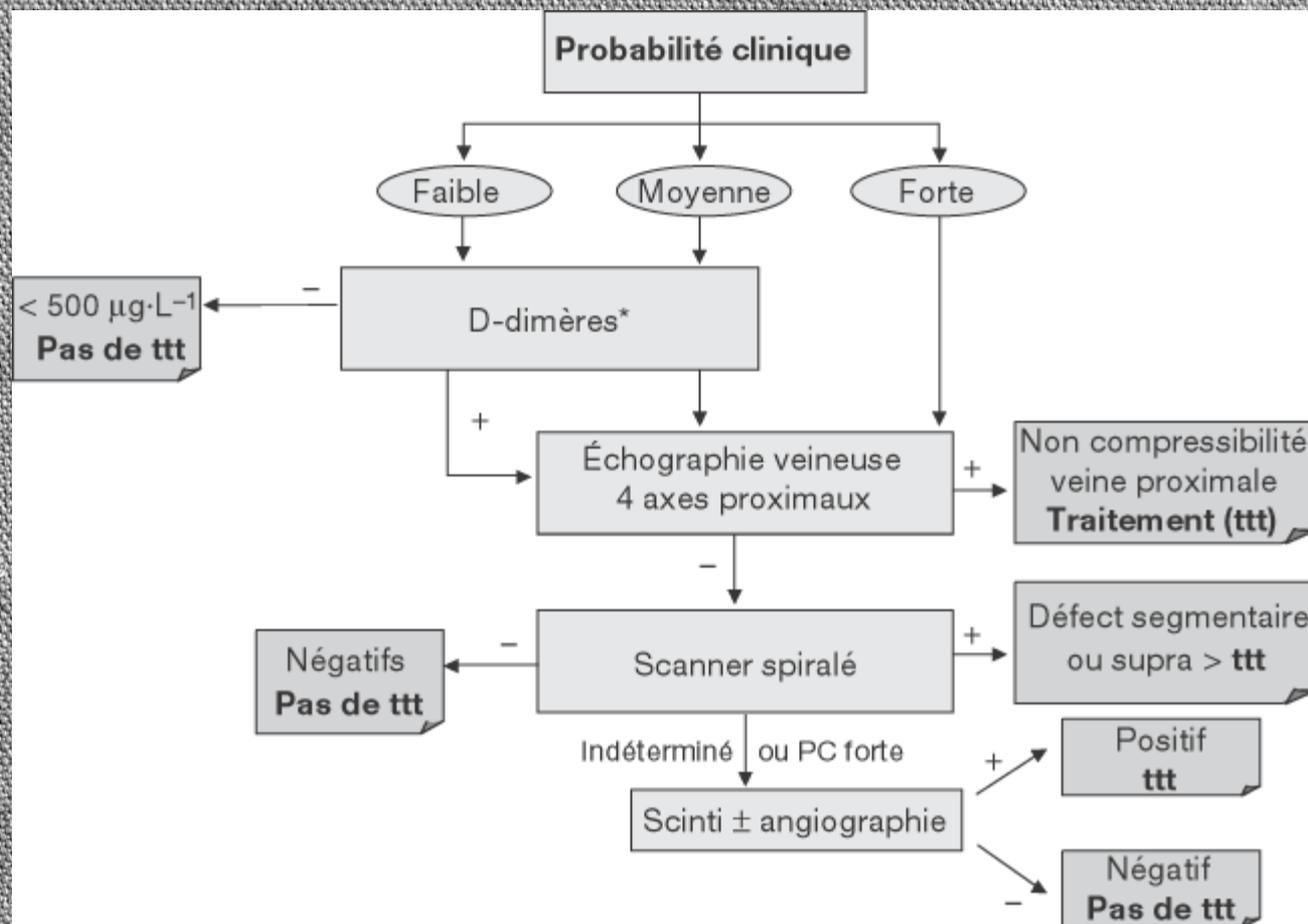
Embolie pulmonaire

- Douleur thoracique symptôme le plus fréquent (65 à 85%), association typique à une angoisse.
- Mais présentation clinique variable parfois trompeuse
 - Dyspnée et polypnée
 - Toux
 - tachycardie
 - phlébite clinique
 - hémoptysie
 - température et signes en foyers
 - État de choc avec signe d'ivd

Algorithme décisionnel pour EP avec choc



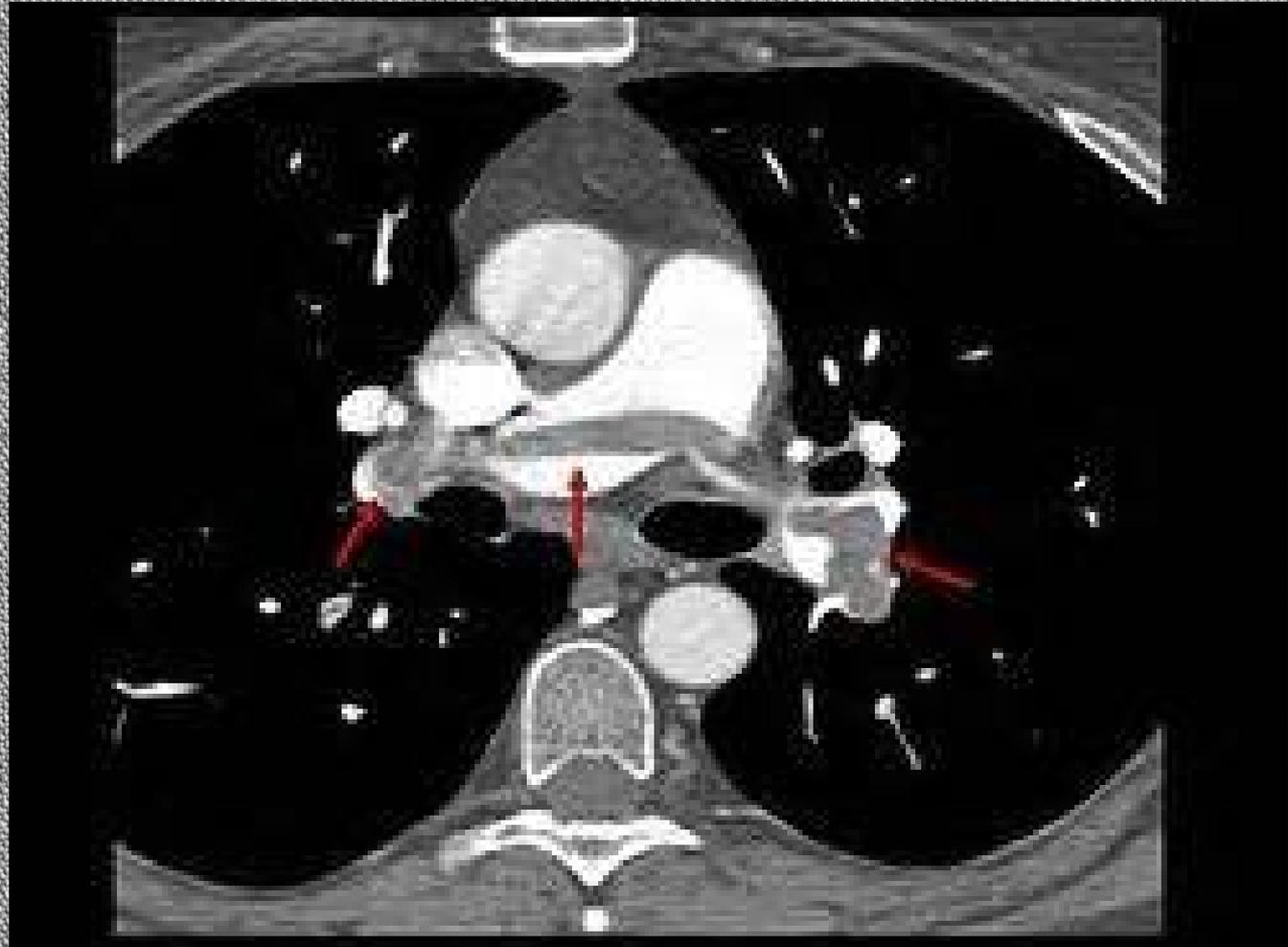
Algorithme décisionnel EP sans signes de choc



Angio TDM: embolie pulmonaire



Angio TDM: embolie pulmonaire



Scintigraphie pulmonaire



Anévrisme de l'aorte thoracique

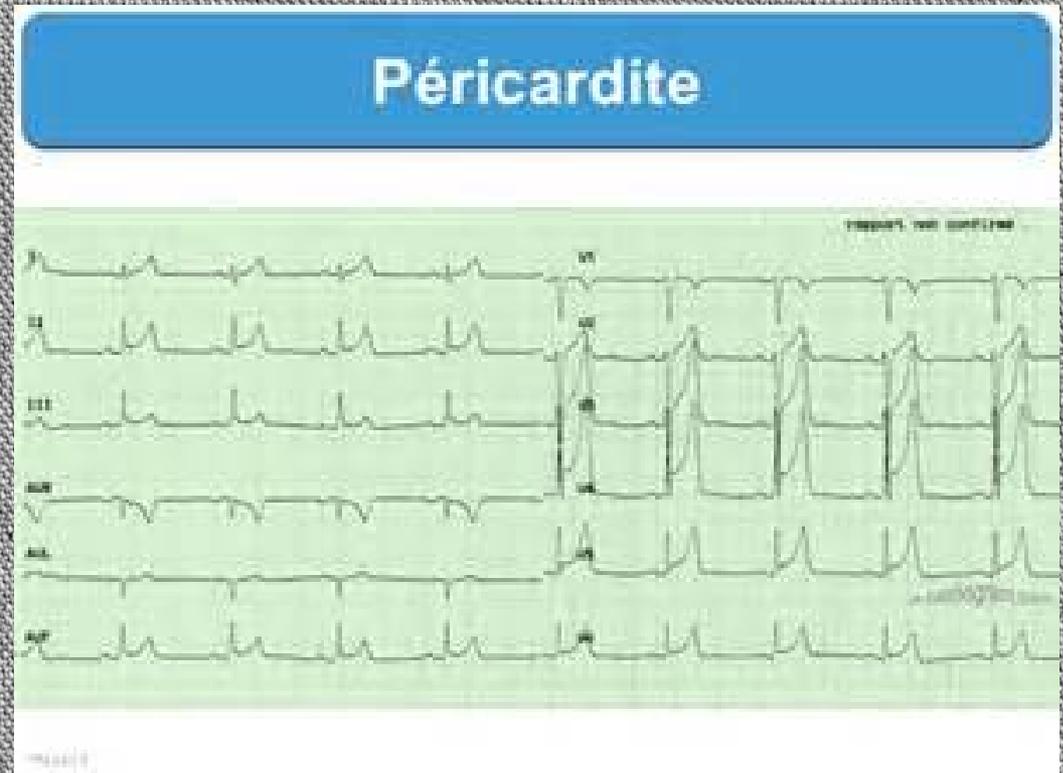
- Principale risque la rupture et... la méconnaissance
- Douleur antérieure ou postérieure =sd fissuraire. Intense , rebelle
- Ex clinique pauvre, terrain particulier, Marfan ou terrain HTA
- ECG normal ou anomalie non spécifique
- RX de thorax: signe éventuel de dilatation de l'aorte
- Couple de choix écho et TDM
- TRT Chirurgical ou médical mais mortalité forte

Autres causes: causes intra thoraciques

- Trouble œsophagien: spasmes diffus de l'œsophages, achalasie de l'œsophage(trouble de la motilité), donnent une douleur différentiable de la douleur angineuse mais ECG normal, efficacité des dérivés nitrés
- Péricardite aiguë: précordial aigu, augmenté par le décubitus, soulagé en position assise. L'ecg montre des troubles de la repolarisation non spécifiques, se modifiant au fil des ECG. Dtic: écho quand non sèche
- Douleur pleurale:caractéristique, Dtic:radio

ECG

Sus décalage de ST concave
vers le haut



ECG:sous décallage PR

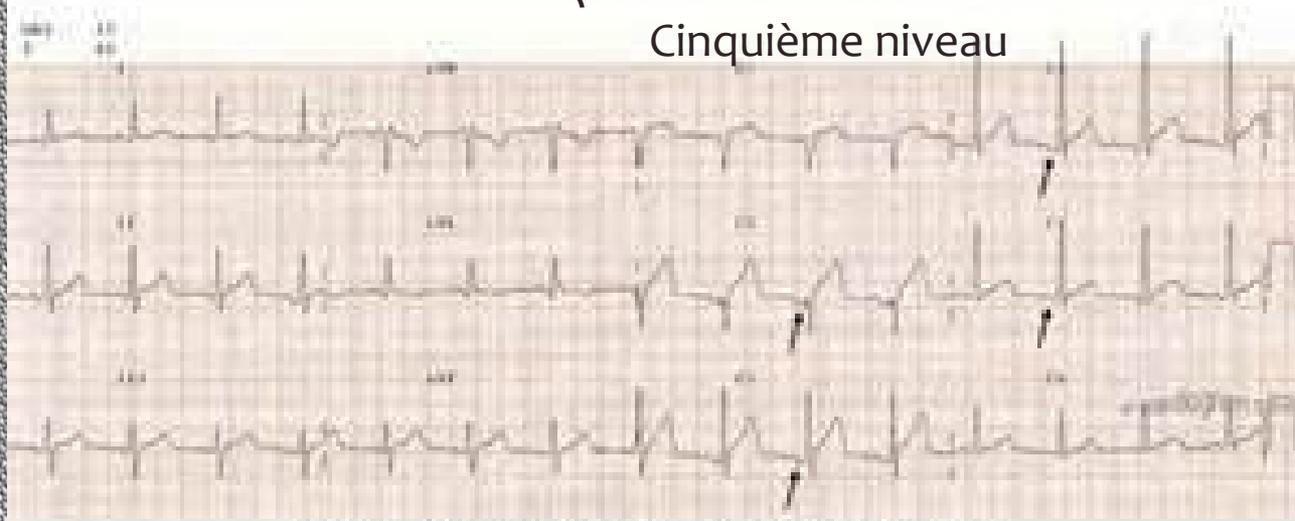
Modifiez les styles du texte du masque

Deuxième niveau

Troisième niveau

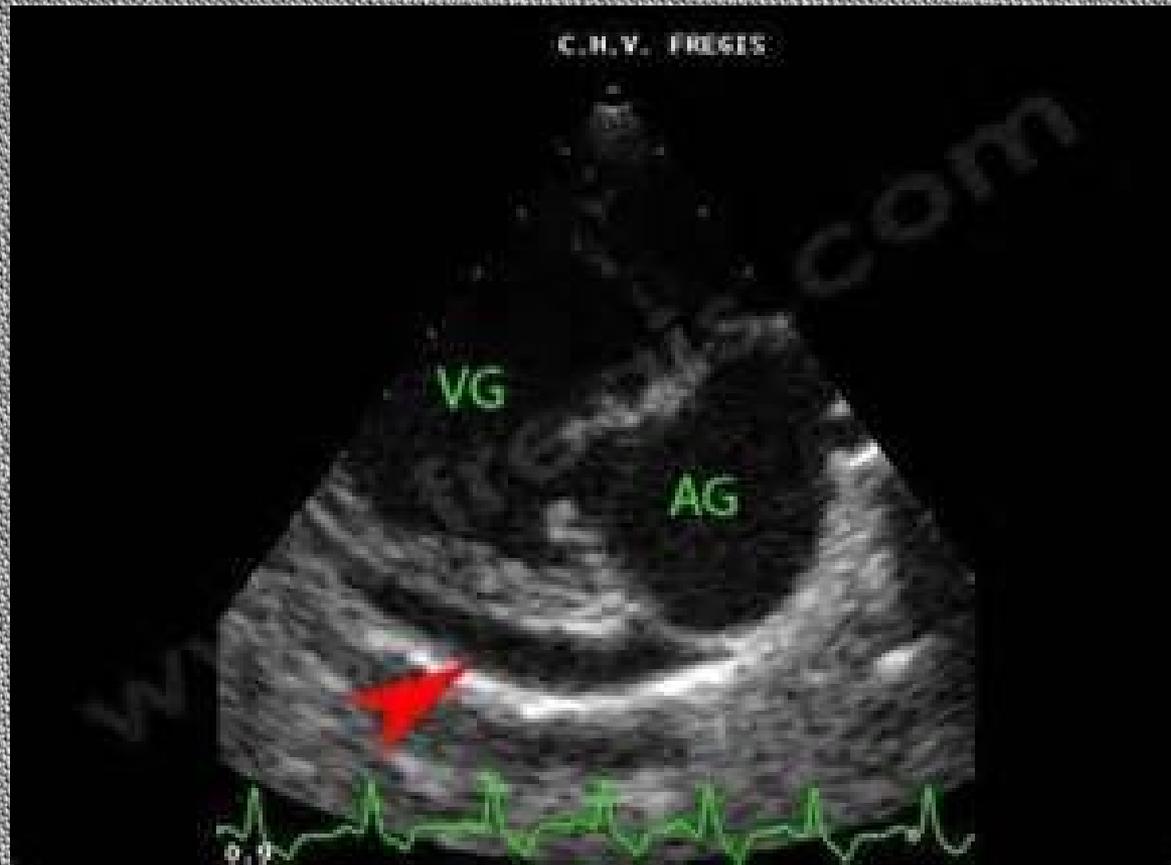
Quatrième niveau

Cinquième niveau



Le sous-décalage de PR est ici très précieux pour écarter le diagnostic d'infarctus ST+ et permettre celui de péricardite aiguë.

Echocardiographie: péricardite



TDM: coupe frontale



Autres causes: causes extra thoraciques

- RGO: brûlure rétro sternale débutant à l'épigastre, terrain (OH, tabac, obésité), caractère posturale
- Colique hépatique et cholécystite
- Douleurs pariétales:
 - douleurs cutanées du zona,
 - syndrome myofacial: absence d'aggravation à l'effort et ecg normal
 - sd de Tietze et autres costo chondrite
- Douleur psychogène: diagnostic d'élimination....

CONCLUSION

- Grande variété
- Le pire comme le bénin
- Insuffisance coronaire à éliminer=ECG
- Interrogatoire et examen clinique bases du diagnostic