

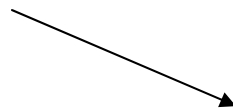
Séméiologie des douleurs thoraciques de l'adulte

Pr Florence LECLERCQ
Département de cardiologie
CHU de Montpellier

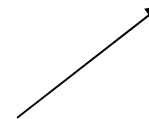
Objectifs

Cas cliniques : mise en **situation** pratique du cours magistral

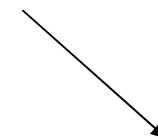
physiopathologie



Séméiologie



pathologie



thérapeutique



Rappel....

- Motif fréquent de consultation
- Douleur aiguë ou chronique
- Classification
 - Douleurs thoraciques cardiovasculaires
 - Douleurs thoraciques non cardiaques
 - Pathologie pariétale: osseuse , cutanée, musculaire
 - Pathologie musculaire
 - Pathologies pulmonaires
 - Pathologie digestive
 - Douleurs irradiées (rachis)
 - Douleurs anorganiques

Démarche diagnostique

- Interrogatoire
 - Caractéristiques de la douleur
 - Signes d'accompagnement
 - Antécédents
- Examen clinique complet
 - Thoracique
 - Abdominal
 - Vasculaire
 - Prise de pression artérielle

Dans tous les cas: savoir reconnaître et différencier les urgences vitales (cardiovasculaires+++)

- Infarctus du myocarde
- Dissection aortique
- Embolie pulmonaire
- Péricardite aiguë

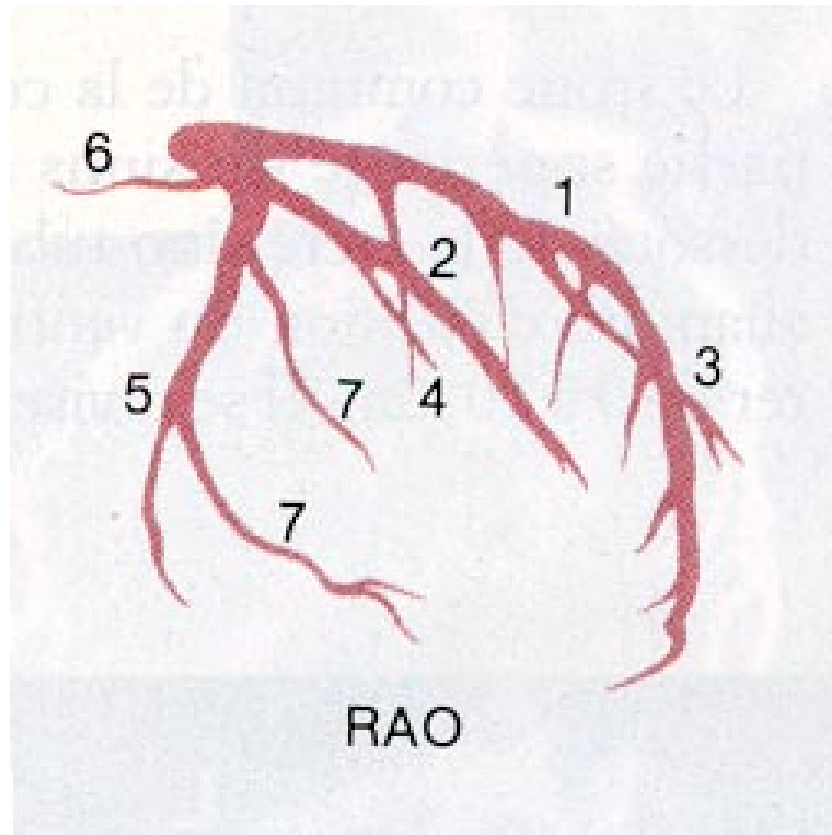
Cas clinique 1

- Un homme de 55 ans, tabagique ancien , consulte aux urgences de l'hôpital pour une douleur thoracique. Celle ci a débuté une heure auparavant et persiste à l'arrivée.
- Vous êtes de garde et recevez ce patient. Vous suspectez un infarctus du myocarde.
 - Qu'est ce qu'un infarctus du myocarde et quelle en est la cause principale?
 - Quelles sont les caractéristiques de la douleur de l'infarctus du myocarde ?
 - Pourquoi devez vous évoquer ce diagnostic chez ce patient?
 - Que peut vous apporter l'examen clinique pour confirmer votre diagnostic ?
 - Pensez vous qu'un ou plusieurs examens soient utiles pour confirmer ce diagnostic et pourquoi?
 - Que proposer à ce patient immédiatement si ce diagnostic est confirmé?

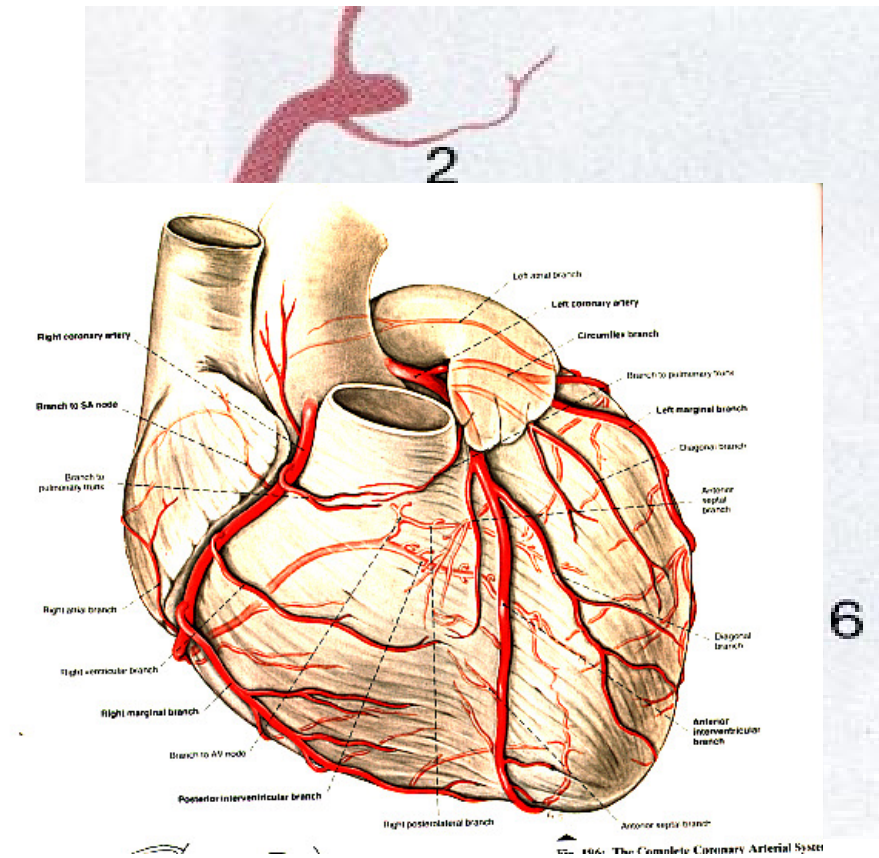
Qu'est ce qu'un infarctus du myocarde et quelle en est la cause principale?

- Nécrose ischémique d'une partie du muscle cardiaque
- Occlusion d'une artère coronaire par un thrombus (caillot)
- Différent de l'angor : artère rétrécie (sténosée) limitant mais n'interrompant pas l'apport de sang au myocarde
- Artère coronaire malade : dépôt de cholestérol et de cellules d'origine sanguine dans la paroi : athérosclérose
- Nécrose irréversible en l'absence de rétablissement d'un flux coronaire normal (6 à 12 heures)

Les artères coronaires: artères nourricières du muscle cardiaque(myocarde)



Coronaire gauche:
Partie antérieure

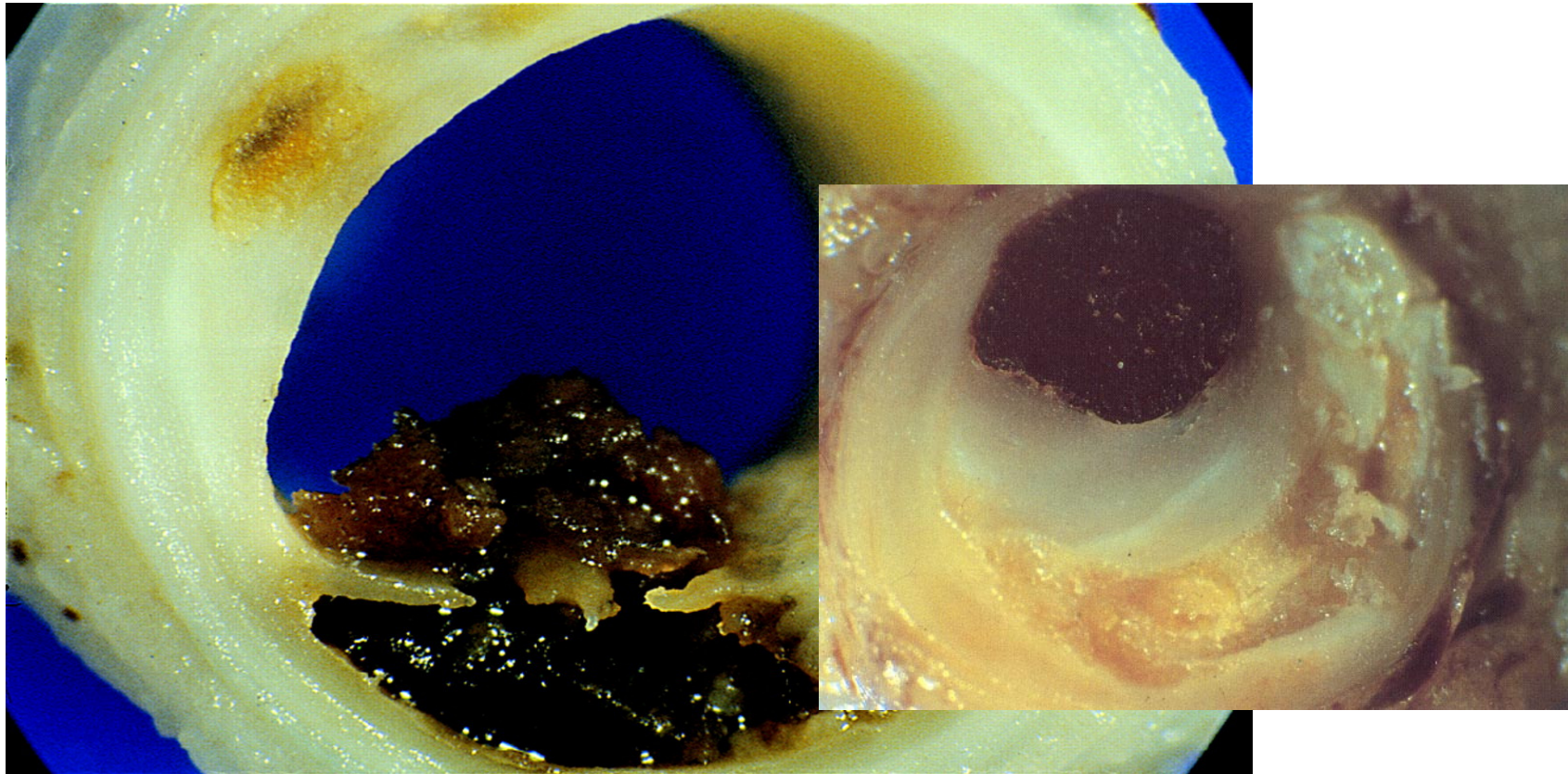


Coronaire droite:
Partie inférieure

L'athérosclérose

- Ensemble des remaniements de la paroi des artères de gros et de moyen calibre
- Effet de l'âge et de « facteurs de risque » liés au mode de vie (environnement)
- Plaque d'athérome: accumulation de lipides, d'éléments sanguins, de cellules et de fibrose

Plaque d'athérome compliquée : thrombus



Quelles sont les caractéristiques de la douleur de l'infarctus du myocarde ?

- **Douleur “angineuse” (insuffisance coronarienne)**
 - Rétro sternale basse en barre
 - Constrictive
 - Irradiant au bras gauche et à la mandibule
 - Non modifiée à la respiration
- **Infarctus (artère occluse)**
 - Douleur spontanée
 - Prolongée
 - Intensité variable, souvent forte associée à sueurs
 - Chute de tension artérielle
 - Ne cédant pas à la trinitrine (vasodilatateur)

Pourquoi devez vous évoquer ce diagnostic chez ce patient?

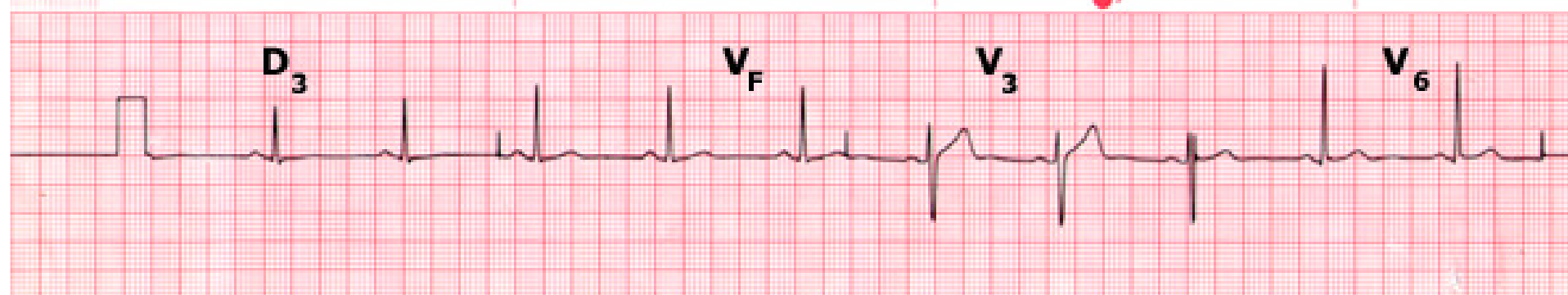
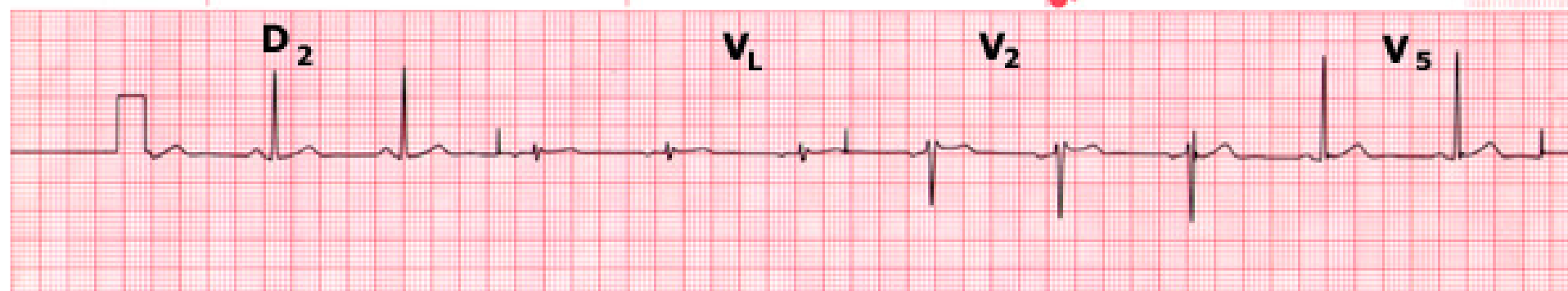
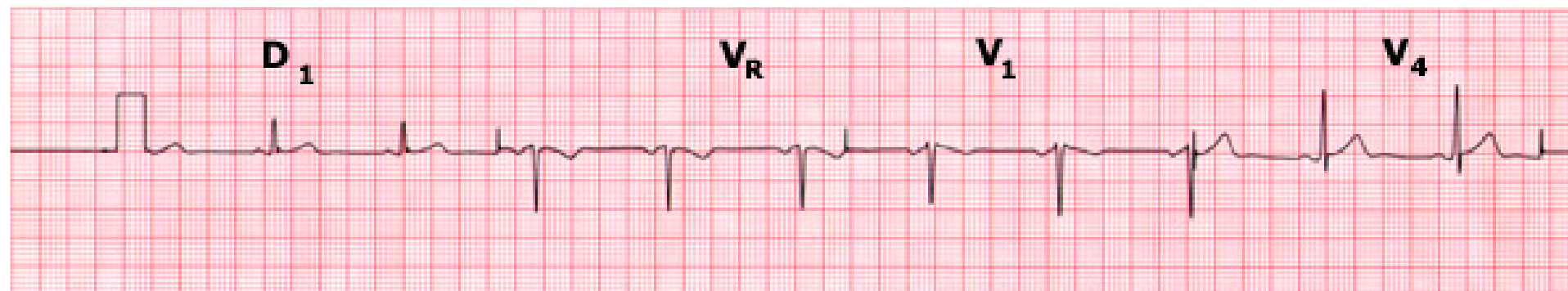
- Une des urgences diagnostiques (risque vital) : à évoquer de principe
- Terrain caractéristique: homme 55 ans fumeur (athérosclérose)
- Douleur prolongée

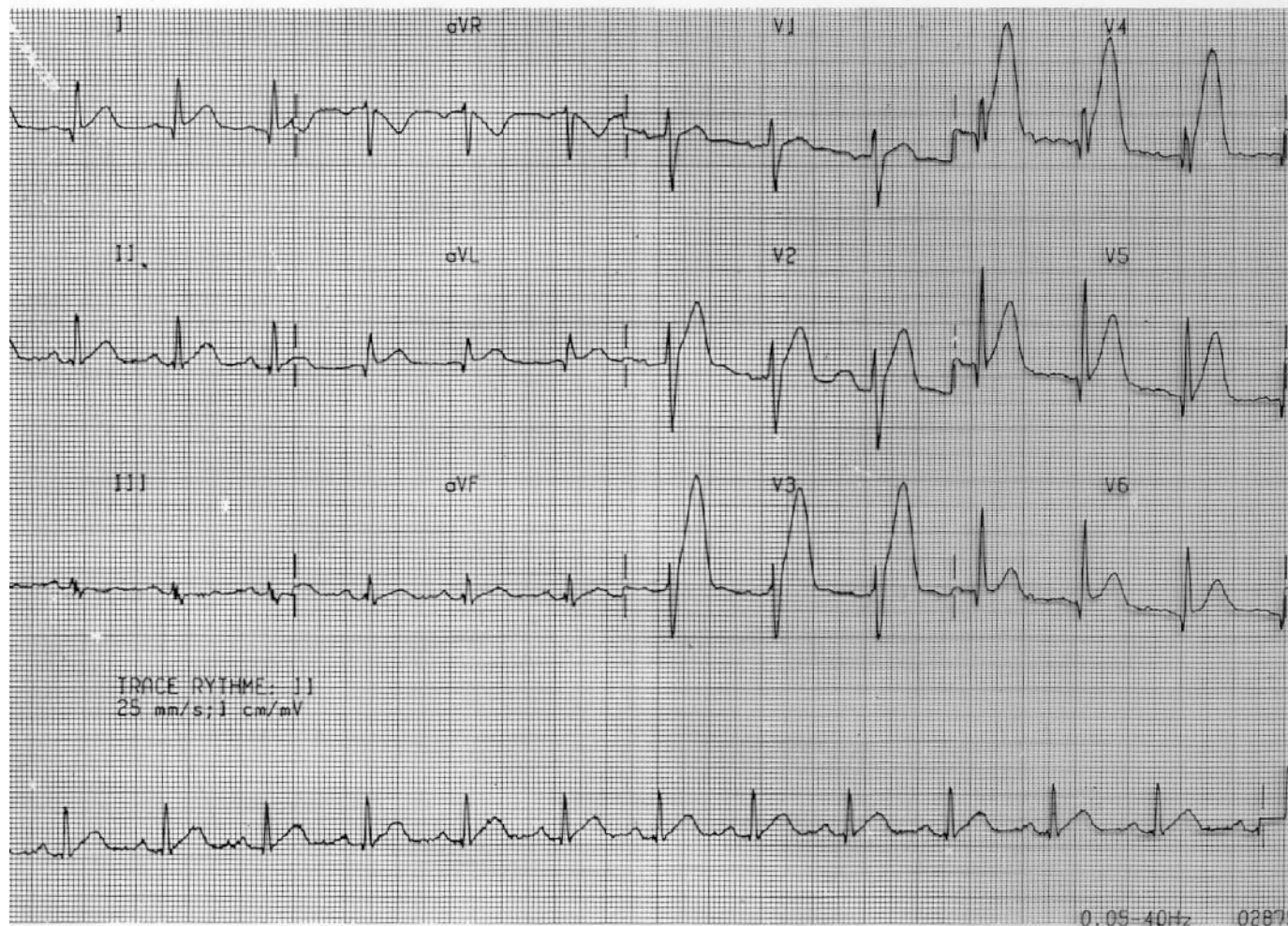
Que peut vous apporter l'examen clinique pour confirmer votre diagnostic ?

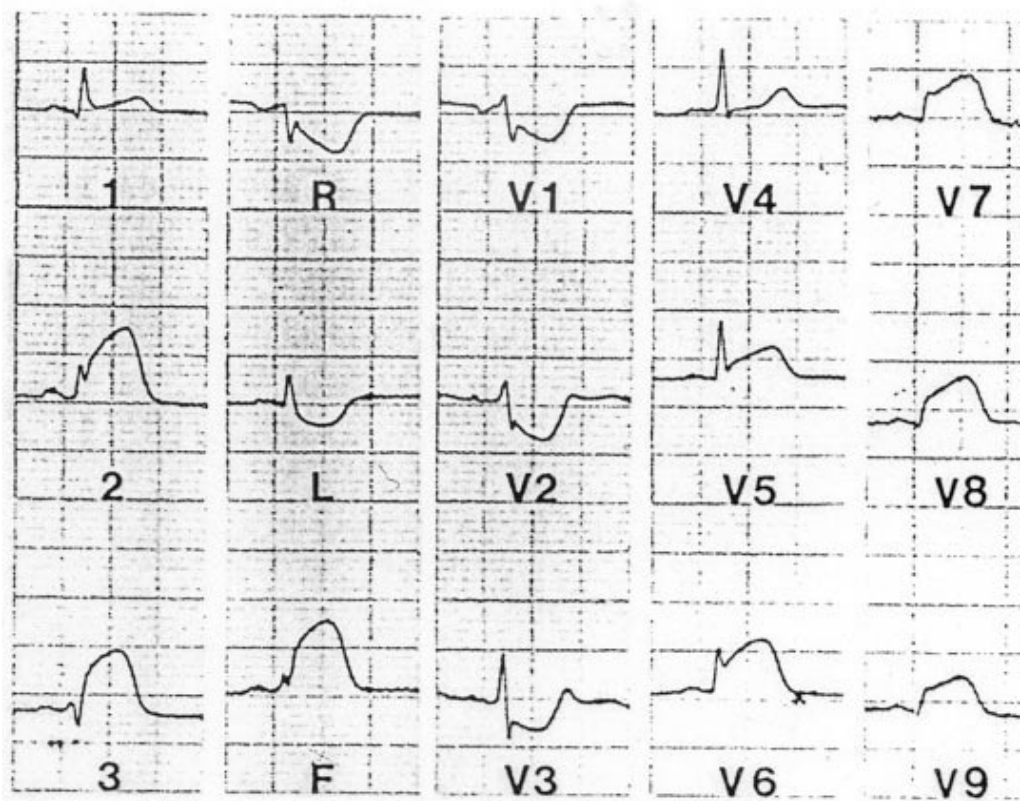
- Signes négatifs
 - Auscultation cardiaque et pulmonaire normale (en l'absence de complications)
 - Pression artérielle basse

Pensez vous qu'un ou plusieurs examens soient utiles pour confirmer ce diagnostic et pourquoi ?

- **Electrocardiogramme (ECG)**
 - Systématique devant toute douleur thoracique prolongée
 - Signes caractéristiques et pathognomoniques:
 - Onde de Pardee (sus décalage du segment ST qui englobe onde T)
 - Image en miroir (inversée dans les dérivations opposées)







H3

Pensez vous qu'un ou plusieurs examens complémentaires soient utiles pour confirmer ce diagnostic et pourquoi ?

- **Autres examens**

- Ne doivent pas retarder la mise en place du traitement (urgence)
- Dosage des enzymes cardiaques (composants cellulaires libérés dans la circulation du fait de la nécrose)
 - Troponine
 - CPK

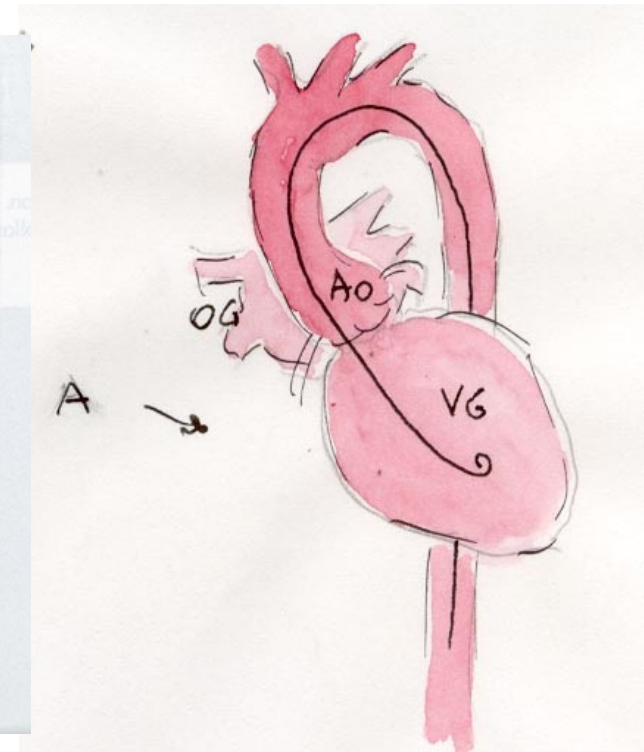
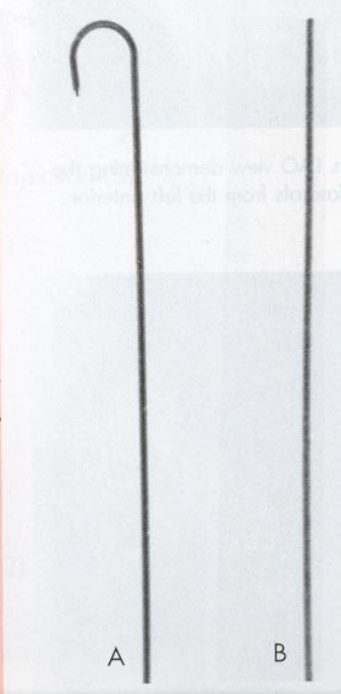
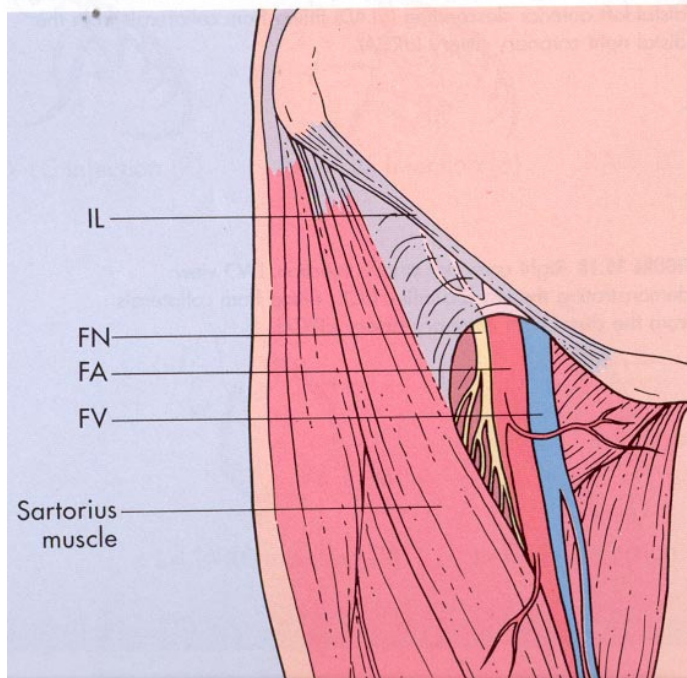
Que proposer à ce patient immédiatement si ce diagnostic est confirmé ?

- Hospitalisation urgente en unité de soins intensifs cardiologiques (risque vital)
- Mise en route d'un traitement dont l'objectif principal est la désobstruction de l'artère coronaire occluse
 - Médicaments: fibrinolytiques
 - Mécanique: ballonnet et prothèse (stent) mis en place grâce à des catheters montés dans l'aorte et les artères coronaires

Cathétérisme artériel

Coronarographie

- Visualiser directement les sténoses coronaires

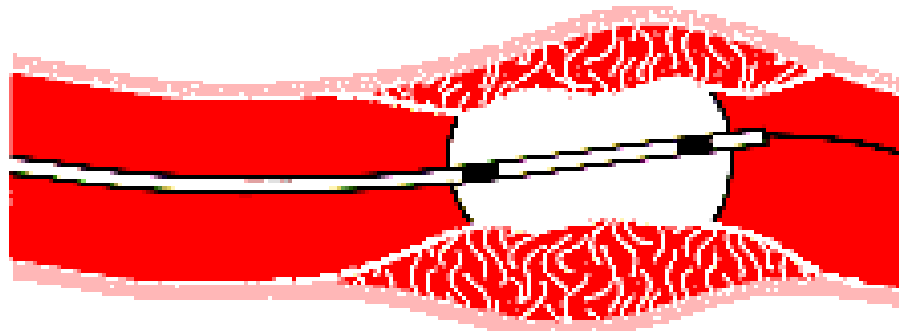


Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA)

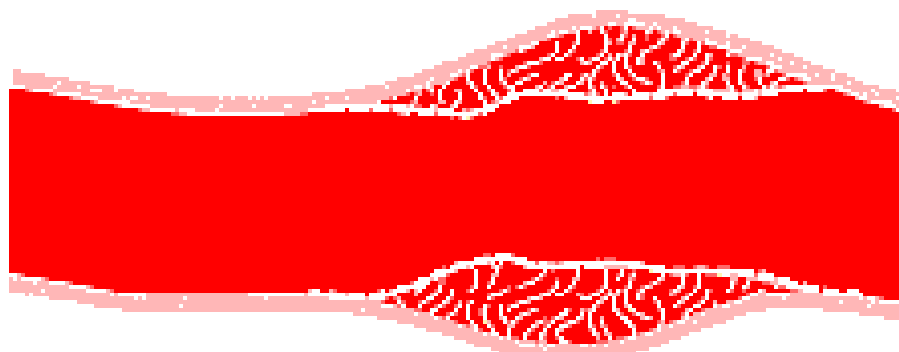
Cross-section of an artery showing how balloon angioplasty opens a blockage



Balloon catheter placed in blocked area of artery

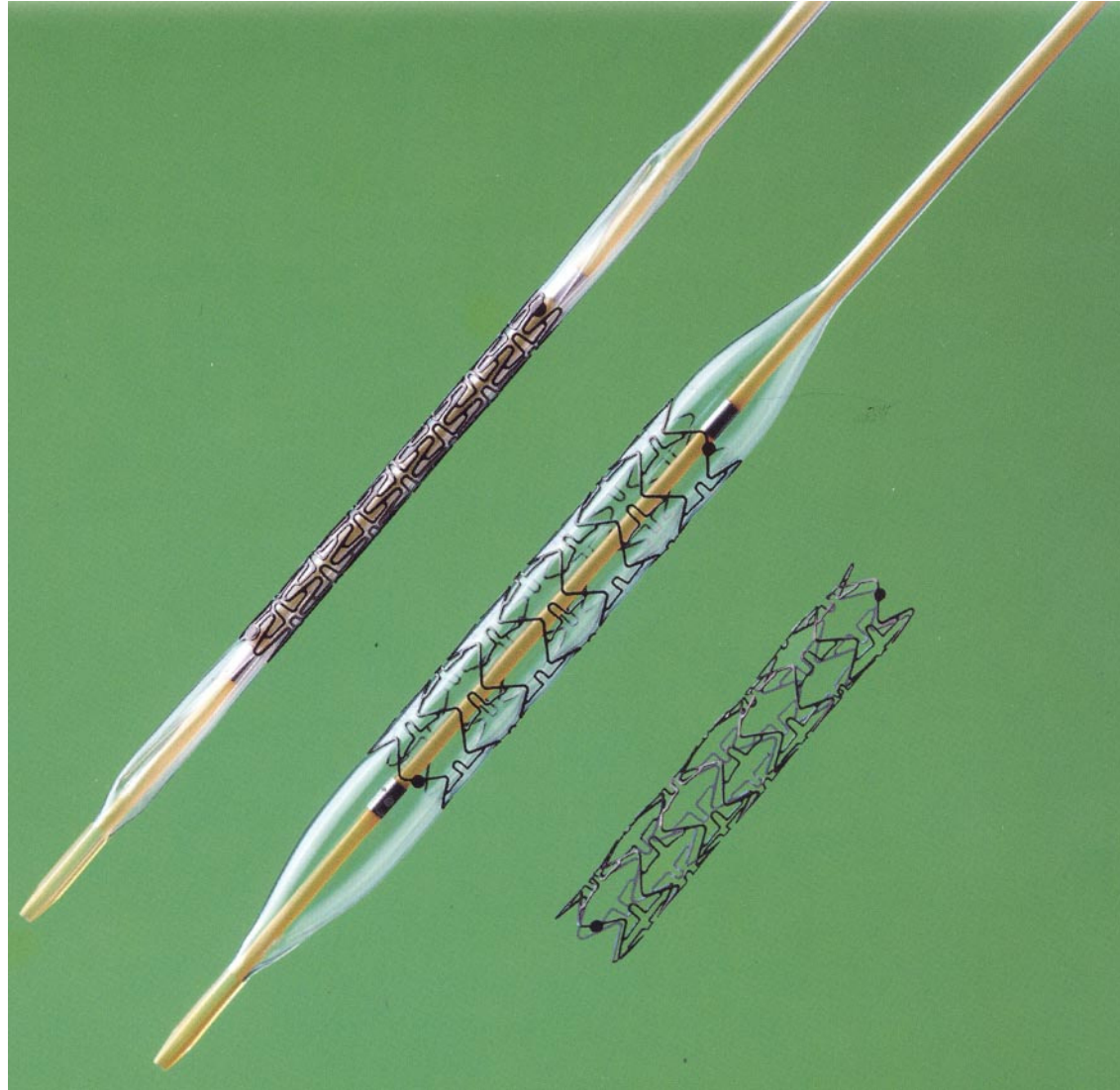


Balloon catheter inflated



Catheter removed, blocked area open

Endoprothèse montée sur ballon: « stent »



Cas clinique 2

- Une femme de 25 ans consulte son médecin pour des douleurs thoraciques apparues depuis quelques jours. Elle décrit des oppressions rétrosternales la gênant surtout en position allongée et augmentant en inspiration profonde. Elle vous rapporte également qu'elle est enrhumée depuis quelques jours et a même eu un peu de température (38°C).
 - Quel diagnostic évoquez vous et pourquoi?
 - Quel en est le mécanisme?
 - Connaissez vous d'autres types de douleurs qui augmentent en inspiration?
 - Que pouvez vous trouver à l'examen clinique qui peut conforter ce diagnostic?
 - Quel est le pronostic en général de ce type de pathologie ?

Quel diagnostic évoquez vous et pourquoi?

- **Péricardite aiguë (virale, bénigne)**
 - Caractéristiques de la douleur
 - Douleur rétrosternale augmentant en inspiration profonde et en position allongée (améliorée par l'antéflexion)
 - Terrain : sujet jeune
 - Signes d'accompagnement
 - Fièvre et syndrome grippal: classiquement associé à la péricardite qui est une inflammation de l'enveloppe du coeur le plus souvent d'origine virale

Quel diagnostic évoquez vous et pourquoi?

- **Les autres urgences cardiovasculaires sont rapidement éliminées**
 - Infarctus : ce n'est pas le terrain ni le type de douleur, pas de fièvre
 - Dissection aortique : sujet âgé, douleur différente (transfixiante migratrice)
 - Embolie pulmonaire : dyspnée, pas de fièvre, terrain différent, douleur postérieure (pleurale)

Connaissez vous d'autres types de douleurs qui augmentent en inspiration?

- **Douleur pleurale (douleur de séreuse)**
 - Douleur postérieure
 - Associée à dyspnée
 - Peut être associée à une embolie pulmonaire
 - Si épanchement pleural : matité à l'examen clinique

Que pouvez vous trouver à l'examen clinique qui peut conforter ce diagnostic?

- **Frottement péricardique**
 - Bruit superficiel, systolique ou systolodiastolique
 - Souvent discret parfois plus intense
 - Fugace +++
 - Inconstant
 - Affirme le diagnostic si présent
 - À différencier d'un souffle

Quel est en général le pronostic de ce type de pathologie ?

- **Excellent:** traitement anti-inflammatoire de quelques semaines associé au repos
- **Complications rares**
 - **Grave et rare: tamponade**
 - Urgence vitale si la péricardite s'accompagne d'un épanchement liquidien qui peut comprimer le coeur
 - **Plus fréquent et bénin: récidive**
 - Surtout (mais pas toujours) si traitement mal conduit (traitement antiinflammatoire trop court ou surtout non respect du repos recommandé dans tous les cas)

Cas clinique 3

- Un homme de 75 ans se plaint depuis quelques semaines de douleurs thoraciques survenant à l'effort. Lui qui habituellement était très actif doit s'arrêter au milieu de son escalier qui comporte une vingtaine de marches en raison de la survenue d'une oppression thoracique en « barre ». La douleur cède très rapidement à l'arrêt de la marche. Le même type de symptômes apparaît lorsqu'il marche un peu vite.
 - Quel est le diagnostic probable ? Justifiez
 - Que devez vous rechercher à l'interrogatoire pour conforter ce diagnostic?
 - Quelle physiopathologie soutend ce diagnostic ?
 - A quelle atteinte anatomique correspond ce diagnostic?
 - Quelles complications peut on craindre ?

Quel est le diagnostic probable ? Justifiez

- **Angor d'effort**
 - Caractéristiques de la douleur:oppression thoracique en barre (également étai)
 - Seuil de déclenchement
 - Sédation de la douleur à l'arrêt de l'effort
 - Terrain

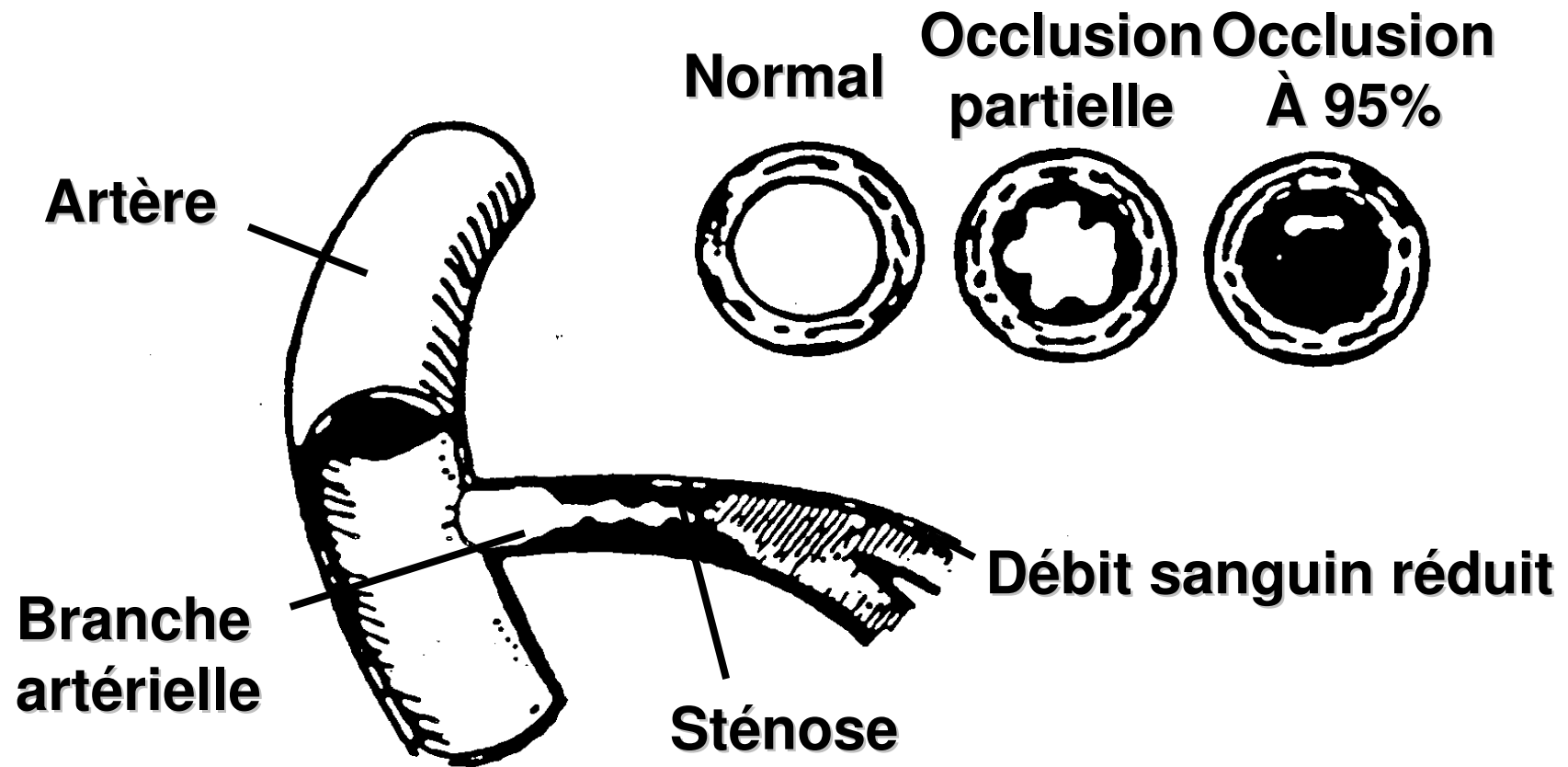
Que devez vous rechercher à l'interrogatoire pour conforter ce diagnostic ?

- **Facteurs de risque (athérosclérose)**
 - Tabac , hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, mauvaise hygiène alimentaire, faible activité physique, surpoids, terrain familial)
- **La douleur: préciser**
 - Localisation exacte (rétrosternale basse)
 - Cédation éventuelle à la trinitrine
 - Irradiations
 - Signes négatifs: absence de variation respiratoire , aux mouvements ou à la pression costale

Quelle physiopathologie sous tend ce diagnostic ?

- **Angor**: expression clinique de l'insuffisance coronarienne et de l'ischémie myocardique c'est à dire une souffrance du muscle cardiaque par manque d apport en O²
- Ce manque d'apport en O² est la conséquence d'un déséquilibre en apport (assuré par les coronaires) et besoins en oxygène (dépendant de la consommation du myocarde)

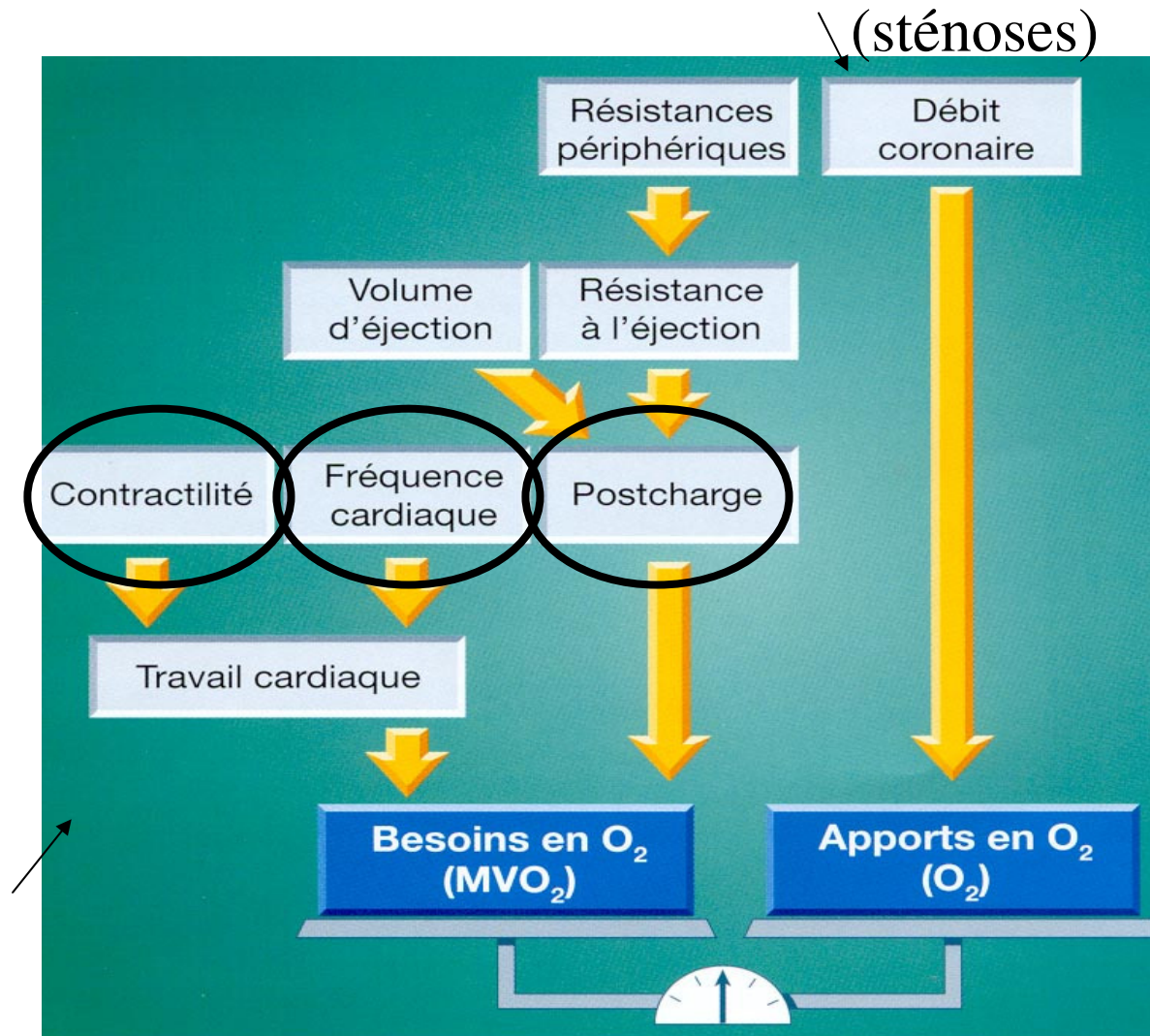
L'ischémie myocardique et l'angor



Rétrécissement progressif pouvant aller jusqu'à l'occlusion

Insuffisance coronaire et ischémie myocardique

EFFORT

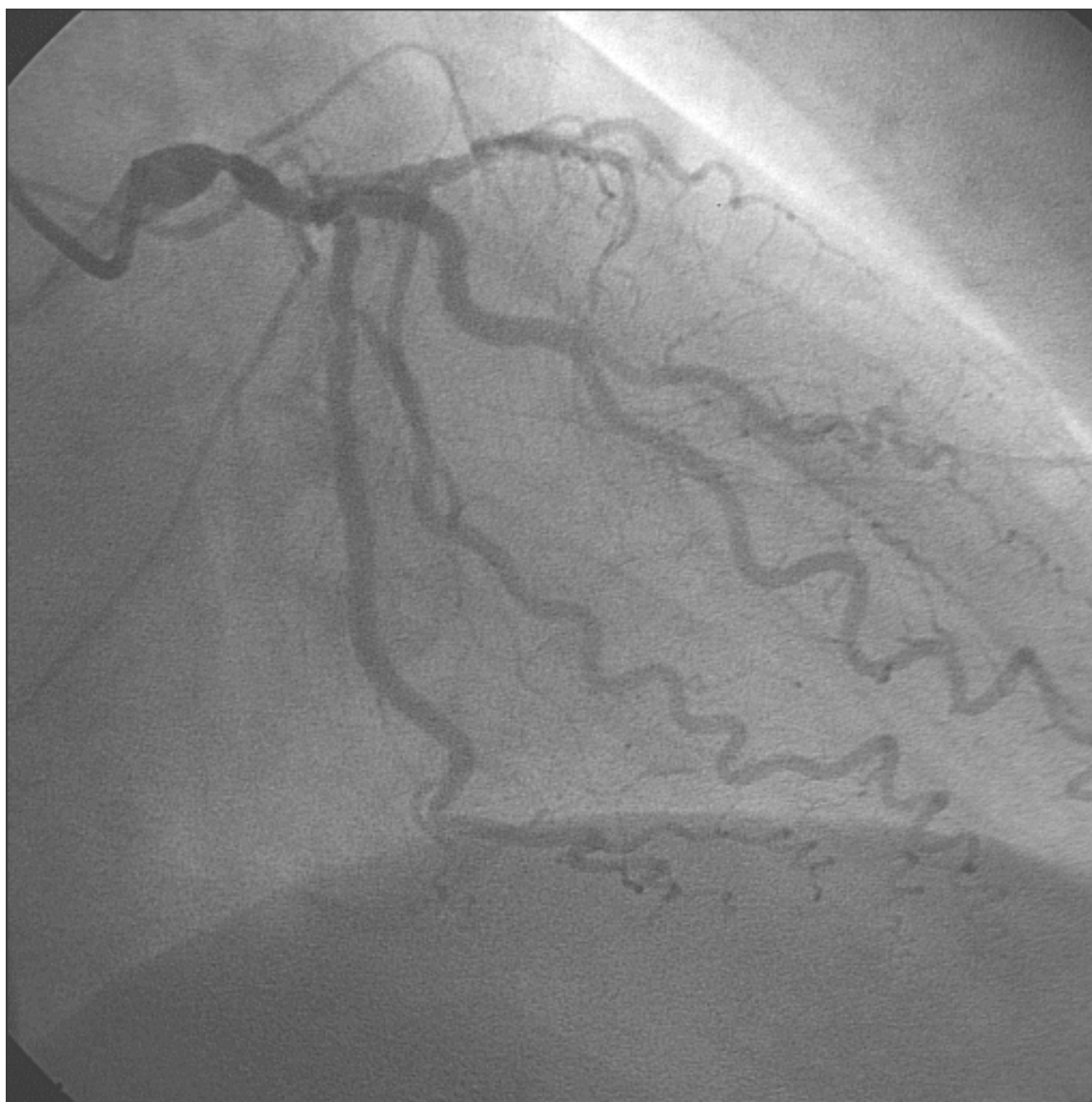


A quelle atteinte anatomique correspond en général ce diagnostic?

- Rétrécissement (sténose) d'une artère coronaire (artère nourricière du muscle cardiaque): diminution des apports n'arrivant pas à compenser l'augmentation des besoins (effort)
- Rétrécissement considéré comme significatif si $>75\%$; en deçà généralement pas d'angor
- L'athérosclérose est en général déjà évoluée quand apparaissent les symptômes









Quelle(s) complication(s) peut-on craindre ?

- **Syndrome coronarien aigu:**
 - Angor instable: aggravation plus ou moins brutale du degré de sténose
 - Infarctus du myocarde: occlusion coronaire

Les syndromes coronariens aigus: rupture de la plaque

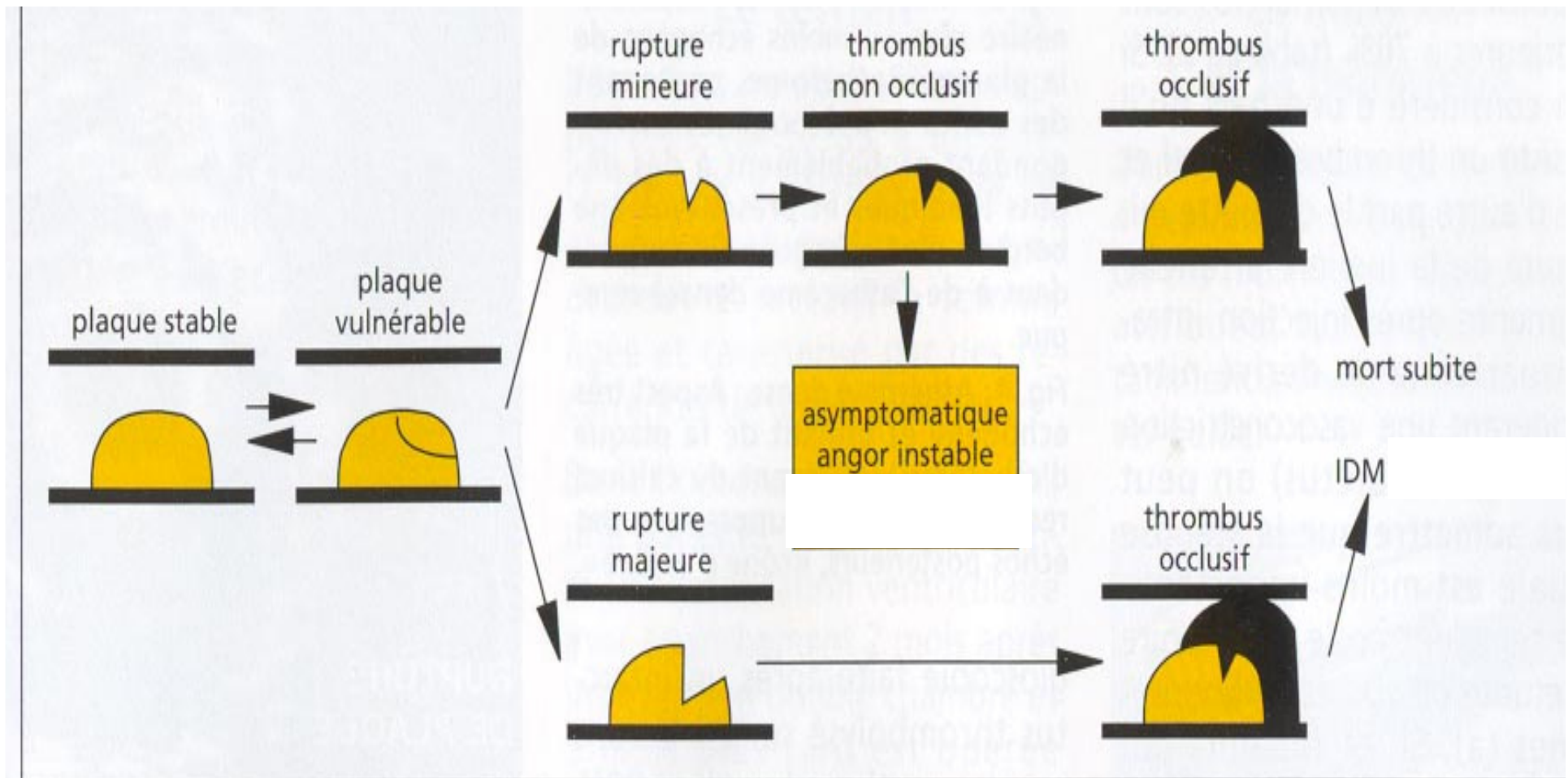


Schéma 2: Aspect évolutif de la plaque et ses conséquences cliniques.