

Douleurs thoraciques

La douleur thoracique est une cause fréquente d'admission à l'hôpital et un symptôme familier des services de consultations externes. Elle génère souvent une grande anxiété par sa sévérité, sa fréquence ou son impact sur la vie professionnelle ou personnelle du patient.

Toutes les structures internes du thorax et de la paroi thoracique peuvent provoquer une douleur thoracique. Certaines douleurs sont temporairement gênantes et restrictives (par des causes ostéo-musculaires), certaines engagent immédiatement le pronostic vital (comme l'infarctus du myocarde ou la dissection aortique).

• LE PATIENT EST-IL MALADE?

Beaucoup de patients qui se plaignent d'une douleur thoracique ne semblent pas gravement atteints. Même dans ce cas, les douleurs thoraciques peuvent fortement les fragiliser en les laissant croire qu'ils sont sérieusement malades. Un patient n'est pas sérieusement atteint si les douleurs thoraciques sont:

- constantes et insignifiantes et qu'elles durent depuis des jours ou des semaines sans gêner les activités normales;
- mal définies et associées à des tremblements des doigts ou des lèvres;
- soulagées par le changement de position, la chaleur ou la manipulation;
- décrites comme localisées à un point précis de la paroi thoracique, en particulier la région sous-mammaire gauche.

• LA MALADIE EST-ELLE GRAVE?

Voici les symptômes qui orientent vers une cause potentiellement grave:

- une douleur sévère, probablement la pire vécue par un homme, ou venant chez une femme juste après l'accouchement;
- des douleurs ayant un début très brutal;
- des douleurs qui irradient vers le bras, la gorge, le cou ou le dos;
- des douleurs associées à d'autres symptômes, comme une syncope ou une dyspnée progressive;
- des douleurs qui s'aggravent à l'effort.

Les douleurs thoraciques qui mettent en jeu le pronostic vital proviennent surtout des appareils cardiovasculaires et respiratoires.

Voici les signes que vous devez rechercher, ceux liés au « choc » et à la baisse de l'éjection ventriculaire:

- une peau pâle et moite;
- une baisse de la tension artérielle;
- une tachycardie;
- un œdème pulmonaire;
- une oligurie;
- des troubles de la conscience.

• QUELQUES CAUSES FRÉQUENTES

Les causes les plus fréquentes sont d'origine ostéo-musculaire, puis celles consécutives à un reflux gastro-oesophagien (Fig. 25.1), à une ischémie, à un infarctus du myocarde ou à une embolie pulmonaire. Des douleurs thoraciques suggérant une crise cardiaque sont une cause fréquente d'admission à l'hôpital.

Causes et symptômes du trouble

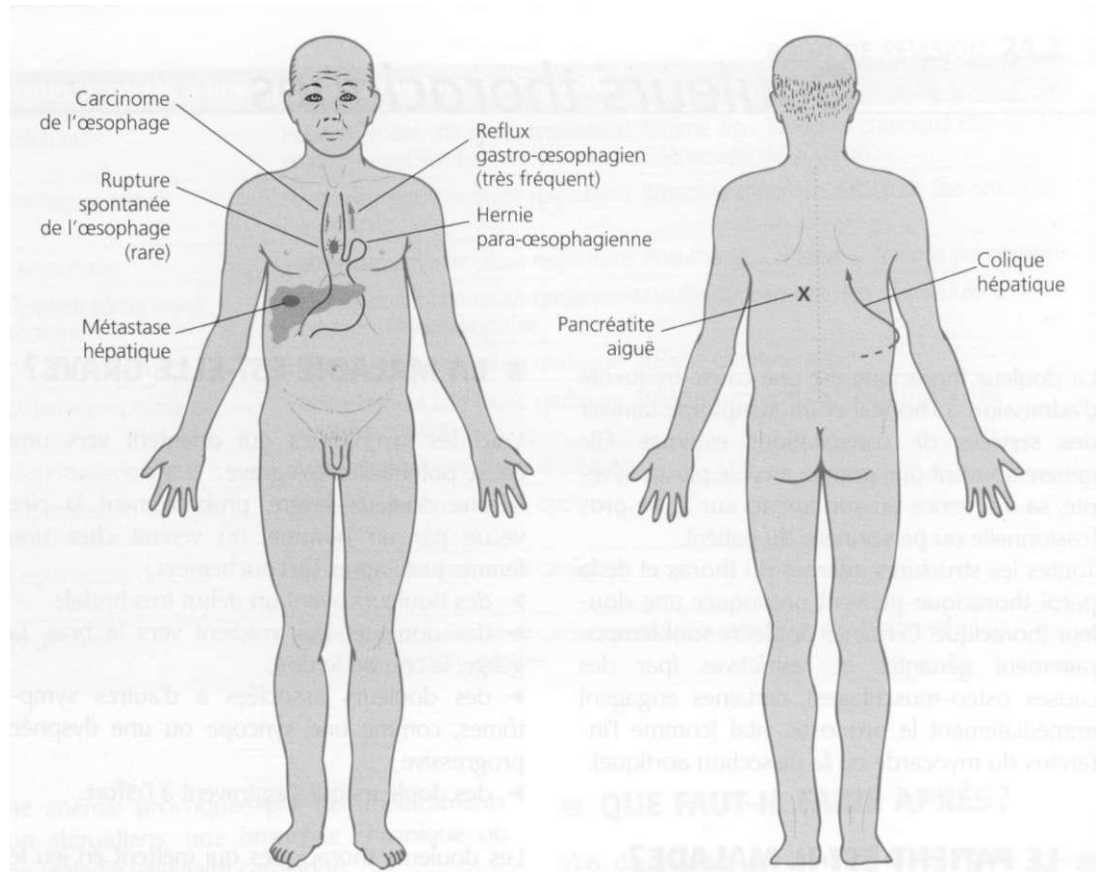


Figure 25.1. N'oubliez pas les causes gastro-intestinales des douleurs thoraciques.

• QUELQUES CAUSES MOINS FRÉQUENTES MAIS TOUJOURS IMPORTANTES

Une dissection aortique engage le pronostic vital. Bien que la douleur ressemble à celle de l'infarctus du myocarde (début brutal et sévère), voici les signes qui doivent attirer votre attention : douleur irradiant vers le dos, disparition du pouls des membres inférieurs, et grande différence de pouls et de pression artérielle entre chaque bras sans modifications typiques de l'ECG.

Le zona thoracique peut se présenter par des douleurs, suivies quelques jours plus tard d'une éruption typique dans un métamère cutané.

Le carcinome bronchique provoque une grande variété de symptômes, les plus fréquents étant la toux et l'hémoptysie. Des douleurs thoraciques

persistantes constituent un symptôme tardif. La pleurésie peut survenir par envahissement direct de la paroi thoracique ou être secondaire à une pneumonie.

• GROUPES À RISQUES

Les patients à risque cardiovasculaire auront habituellement un ou plusieurs facteurs de risque :

- tabagisme;
- cholestérol élevé ;
- antécédents d'hypertension artérielle, de diabète sucré, de maladies vasculaires cérébrales ou vasculaires périphériques;
- des antécédents familiaux de maladie coronarienne, à un jeune âge ou à l'âge moyen.

Les fumeurs ont également un plus grand risque de carcinome bronchique et de maladies vasculaires en général.

Une douleur thoracique pendant un effort inhabituel (bêcher un jardin ou pelleter la neige d'un chemin) peut être due à un angor; lorsqu'elle survient après ces efforts, elle est due à une raideur musculaire. Toutefois il faudra se rappeler qu'un effort inhabituellement violent peut entraîner un début d'angor ou même d'infarctus. Une pleurésie avec embolie pulmonaire peut être le premier signe d'une thrombose veineuse profonde après un repos prolongé au lit, une intervention chirurgicale ou une maladie grave.

Renseignez-vous sur l'usage de contraceptifs oraux chez les jeunes femmes et d'hormones de substitution chez les femmes âgées. Les deux sont associés à un risque légèrement plus élevé de maladie thrombo-embolique, particulièrement chez celles qui fument.

• TROUVER LA CAUSE

Rappelez-vous que, dans tous les cas, le processus d'élaboration du diagnostic suit un canevas classique:

- l'expérience, le contexte et la prévalence de la maladie limiteront à quelques-unes les possibilités étiologiques;
- un bon recueil de l'histoire vous aidera à formuler quelques diagnostics raisonnables;
- ceci guidera votre examen clinique et permettra d'attirer votre attention sur des points spécifiques;
- vos hypothèses diagnostiques orienteront les investigations nécessaires.

L'âge, la vitesse d'apparition et les signes associés vous conduiront vers le diagnostic (Point de révision 25.1).

Une suite logique de questions vous aidera à établir la cause. Évaluez tout d'abord si la douleur engage le pronostic vital. Elle est souvent:

- à début brutal;
- sévère et associée à une sensation de mort imminente;
- accompagnée de signes de choc: le patient est froid, moite, essoufflé et en hypotension.

POINT DE RÉVISION 25.1

Signes associés à la douleur thoracique, orientant le diagnostic

Caractère de la douleur

Si elle est « constrictive », « aiguë » ou « broyante », pensez à l'infarctus du myocarde ou à une ischémie; une douleur « déchirante » vers le dos peut être due à une dissection de l'aorte.

Localisation

Si elle est très localisée, suspectez une douleur musculaire; si elle suit la distribution des nerfs intercostaux, rappelez-vous que la douleur du zona précède l'éruption de quelques jours.

Irradiation

Autour du thorax, elle suggère une maladie cardiaque; de l'épigastre vers le cou, une maladie gastro-intestinale; vers la scapula, une atteinte vésiculaire.

Gravité

Une douleur est sévère lorsqu'elle engage le pronostic vital.

Persistence

Une douleur qui ne s'estompe pas est habituellement liée à la paroi thoracique; occasionnellement le carcinome bronchique peut se présenter par une douleur persistante.

Recherchez toujours :

- un événement similaire dans les antécédents familiaux;
- des facteurs de risque prédisposant aux maladies cardiovasculaires ou thrombo-emboliques;
- des antécédents personnels médicaux.

Puis, recherchez d'où peut provenir la douleur. Habituellement:

- la douleur cardiaque est persistante, ressentie comme un grand poids ou comme une bande constrictive autour du thorax, irradiant vers la mâchoire, les épaules et les bras, associée à une dyspnée, des nausées et des vomissements, révélée par l'effort et soulagée (mais peut aussi survenir) au repos. Une douleur péricardique est soulagée en se penchant en avant;
- une douleur respiratoire est une douleur aiguë, lancinante, aggravée par l'inspiration profonde (en particulier lorsque la plèvre est atteinte), souvent accompagnée d'une toux et d'une dyspnée. L'embolie pulmonaire peut-être accompagnée d'une hémoptysie et de signes de choc circulatoire;

Causes et symptômes du trouble

- les maladies gastro-intestinales (Fig. 25.1 et Point de révision 25.2) peuvent provoquer des douleurs rétro-sternales à type de brûlures, irradiant vers la mâchoire en cas de reflux œsophagien ou vers la scapula droite dans les maladies vésiculaires. Ces dernières sont précédées de crises liées à la prise des repas depuis des mois ou des années;
- la douleur ostéo-musculaire est souvent associée à une sensibilité très localisée de la paroi thoracique et peut être reproduite par le mouvement.

POINT PRATIQUE

De manière générale, les maladies qui ont un début brutal et dramatique résultent de « tubes qui se bloquent » ou de « tubes qui éclatent ».

• QUE FAUT-IL FAIRE ENSUITE?

Après avoir vérifié si la maladie engageait le pronostic vital et déterminé l'appareil en cause, décidez des examens complémentaires appropriés, puis assurez-vous que le traitement antalgique soit prescrit et administré de façon suffisamment fréquente pour être efficace.

POINT DE RÉVISION 25.2

Quelques causes de douleurs thoraciques

Cardiovasculaires

Maladie coronarienne, angor chronique stable, angor instable et infarctus du myocarde.
Péricardite. Anévrisme aortique.

Respiratoires

Trachéite aiguë. Carcinome bronchique.
Pneumothorax. Embolie pulmonaire.
Pneumonie. Pleurésies associées.

Hématologiques

Anémie. Leucémie.

Gastro-intestinales

Abcès sous-phrénique. Hépatomégalie métastatique, hépatite. Insuffisance cardiaque congestive. Carcinome de l'œsophage. Reflux œsophagien. Hernie hiatale. Calculs vésiculaires.

Neuromusculaires

Zona. Scoliose. Traumatisme de la paroi thoracique.
Contracture musculaire. Ostéochondrite costale.
Spondylarthrite ankylosante. Ostéoporose.
Ostéomalacie.
Maladie de Paget.

Autres

Anxiété. Hyperventilation. Crises de panique.