

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Sous la responsabilité du Pr Mamadou B DIARRA

Pr Ichaka MENTA

Pr Souleymane COULIBALY

Dr Massama KONATE

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Définition: Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable ressentie au thorax d'origine cardio-vasculaire

Causes:

- Insuffisance coronarienne: Angor stable, Syndrome coronarien aigu (Angor instable, infarctus du myocarde aigu)
- Péricardite aiguë,
- Embolie pulmonaire,
- Dissection aortique aiguë.

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

- Interrogatoire est essentiel:
 - Caractéristiques de la douleur
 - Signes accompagnateurs ou associés
 - Antécédents médicaux et chirurgicaux (personnels et familiaux)
 - Facteurs de risque cardio-vasculaires
- Examen physique parfois pauvre
- Examens complémentaires

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

- **1) Circonstances d'apparition: spontanée ou provoquée (Facteurs déclenchant: effort, mouvement, position, repas ou jeun, pression pariétale)**
- **2) Siège: prédominance rétro sternale ou latéro thoracique...**
- **3) Irradiations: (bras, cou, dos, épigastre...) ou caractère migrateur**
- **4) Type: Constriction, Déchirure, Brûlure, Coup de poignard, Picotement....**
- **5) Intensité: EVA, comparaison à des douleurs antérieures**

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

- **6)Durée**
- **7)Evolution dans le temps: (Caractère continu ou non: permanente, intermittente, paroxystique)**
- **8)Chronologie:** par rapport aux autres signes
- **9)Facteurs d'accalmie:** repos, position, jeun ou repas, médicaments (trinitrine, anti-acide, antalgique...)
- **10)Signes accompagnateurs**

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Signes associés

- Cardiovasculaires: Etat de choc, Palpitations, Lipothymie, Syncope,
- Respiratoires: Dyspnée, Toux
- Digestifs: Nausées, Vomissements, Epigastralgie
- Signes généraux: Sueurs, Fièvre, Asthénie,
- Anxiété
- Chez patient à haut risque d'athérosclérose.

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

➤ **Antécédents du patient**

- Personnels et familiaux: médicaux et chirurgicaux (Pathologie Cardiovasculaire, maladie thromboembolique, cancer, postpartum, postchirurgie, plâtre, alitement, Parents ayant fait une coronaropathie)
- Traitement en cours

➤ **Facteurs de risque cardio-vasculaire:** tabagisme, diabète, HTA, Dyslipidémie, Obésité, ATCD familial de Pathologie cardiovasculaire

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Examen physique

- Examen général: TA, FC, SatO₂, température
- Examen cardiovasculaire complet
- Pouls périphériques et l'auscultation
- Examen pleuro-pulmonaire, abdominal

Rechercher les signes de gravité

- Troubles hémodynamiques: arrêt circulatoire, état de choc.
- Détresse respiratoire
- Trouble de la conscience: confusion

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Examens complémentaires

- ECG à 12 dérivations voire 18 dérivations
- Radiographie du thorax
- Enzymes cardiaques: Troponines, CPK
- D-Dimères
- Angioscanner thoracique

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Insuffisance coronarienne: Angor stable, Syndrome coronarien aigu (infarctus du myocarde aigu, angor instable)

- Ischémie myocardique : déséquilibre entre apports et besoins en oxygène du myocarde (angor stable, instable)
- Nécrose myocardique: mort cellulaire (infarctus du myocarde)
- Antécédents et FRCVx (âge, Tabagisme, Dyslipidémie, Diabète, HTA, Sédentarité)

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Angor

- Ou angine de poitrine, décrite en 1768 par Héberden, par comparaison avec la brûlure de l'angine au niveau du cou.

Angor typique :

- Douleur thoracique, rétrosternale, en barre , constrictive.
- Main appliquée largement à la face antérieure du thorax.
- irradie vers l'épaule gauche et à la face interne du bras gauche, au maxillaire inférieur.
- durée brève, inférieure à 15 minutes,
- Déclenchée par l'effort et s'arrête avec l'arrêt de l'effort ou après prise de trinitrine.

Forme atypique possible

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Syndrome coronarien aigu (infarctus du myocarde aigu et angor instable) douleur semblable à celle de l'angor.

Toutefois, elle s'en distingue par des particularités:

- Intensité plus forte avec angoisse et « sensation de mort imminente ».
- Diffusion très large avec de multiples irradiations.
- Durée > 15 minutes et plus, douleur spontanée
- Résistance à la trinitrine.
- Signes accompagnateurs: nausées, voire vomissements, sueurs.
- A noter que l'examen clinique reste très pauvre ce qui ne saurait écarter le diagnostic.

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Péricardite aiguë: forme typique

Inflammation du péricarde avec plus ou moins un épanchement.

Douleur thoracique rétrosternale, parasternale, postérieure, permanente non liée à l'effort, Irradie peu, parfois au cou, aux épaules

Douleur à type de pesanteur

Augmente à l'inspiration profonde et en décubitus dorsal

Soulagée par la position assise ou penchée en avant

Insensible à la trinitrine

Accompagnée parfois de fièvre, d'asthénie, d'altération de l'état général

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Péricardite aiguë

L'auscultation cardiaque retrouve : Tachycardie $Fc > 100$ bts/min

Assourdissement des bruits du cœur

Frottement péricardique (bruit râpeux, rugueux, donnant un rythme de va et vient systolique et diastolique, inconstant.

Persiste à l'arrêt de la respiration

Signes accompagnateurs : dyspnée, toux, dysphagie, dysphonie, hépatomégalie, œdème des membres inférieurs en cas d'épanchement abondant.

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Péricardite aiguë Causes:

Péricardite tuberculeuse

Péricardite rhumatismale

Péricardite virale

Infarctus du myocarde (dressler),

Insuffisance rénale,

Péricardite néoplasique (cancer),

Péricardite purulente bactérienne,

État d'anasarque

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Embolie pulmonaire

Définition: Obstruction totale ou partielle du tronc de l'AP ou d'une de ses branches par un caillot cruorique provenant souvent des veines des membres inférieurs.

Signes fonctionnels: Dyspnée, Douleur basi-thoracique en coup de poignard, Début brutal, Hémoptysie

Urgence médicale

Antécédents (alitement, postpartum, postopératoire orthopédique, néoplasie, phlébite)

Examen physique le plus souvent pauvre

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

Dissection aortique aigue

Extrême urgence médico-chirurgicale

Déchirure de la paroi aortique au niveau de la media

Douleur thoracique Brutale, migratrice, sans position antalgique

Douleur suit le Trajet de l'aorte: antérieure irradiant vers le dos

Signes associés (souffle IAo, différence de tension entre les bras, disparition d'un pouls,)

Antécédents et FRCVx (HTA, femme jeune postpartum)

Douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire

➤ Douleur d'angor fonctionnel:

- Rétrécissement aortique serré
- Insuffisance aortique
- Tachycardies
- Myocardiopathie obstructive
- Hypertensions artérielles pulmonaires sévères
- Prolapsus valvulaire mitral

Douleurs thoraciques d'origine non cardio-vasculaire

- Algies précordiales d'origine « nerveuse »,
- Douleurs cervico-brachiales et pariétales,
- Douleurs pleuro-pulmonaires,
- Douleurs d'origine digestive et hépatique.

Dyspnée

Dyspnée

Définition :

- "difficulté à respirer", se traduisant par un mouvement ventilatoire pénible, conscient, et parfois volontaire.
- Gêne respiratoire
- Prise de conscience par le patient d'une respiration difficile exigeant un effort complémentaire, avec sensation de soif d'air, un essoufflement.

Dyspnée

- Peut être physiologiquement provoquée par un exercice intense
- Anormale lorsqu'elle survient au repos
- Ou pour un niveau d'activité physique relativement réduit

Classification NYHA

Stade I: absence de dyspnée dans la vie courante

Stade II: Dyspnée aux efforts importants.

Stade III: Dyspnée aux efforts modestes.

Stade IV: Dyspnée permanente (dyspnée de repos)

Dyspnée

- Différents types de dyspnée cardiaque:
 - Dyspnée d'effort
 - Dyspnée de décubitus: orthopnée
 - Dyspnée paroxystique:
 - Œdème aigu du poumon (OAP)
 - Pseudo-Asthme Cardiaque

Dyspnée

Devant une dyspnée il faut faire:

- **Un interrogatoire minutieux:**
 - **Caractéristiques de la dyspnée,**
 - **Signes accompagnateurs (expectoration mousseuse, hémoptysie, douleur thoracique, palpitations)**
 - **Antécédents personnels, familiaux**
- **Un examen physique cardiaque et pleuro-pulmonaire complet.**
- **Des examens complémentaires**

Dyspnée

- L'analyse sémiologique repose sur l'inspection du malade:
 - Fréquence: polypnée ($> 25/\text{min}$) ou bradypnée ($< 15/\text{min}$ ou pause respiratoire)
 - Amplitude
 - La durée et la régularité du mouvement thoracique

Dyspnée

- OAP ou Œdème Aigu du poumon:
 - Urgence médicale: Insuffisance cardiaque gauche aigue
 - Inondation alvéolaire par le liquide plasmatique
 - Etouffement: chatouillement laryngé, toux quinteuse, nocturne, dyspnée brutale intense polypnée superficielle, assis jambe pendante, sueurs, anxieux, expectorations mousseuses roses saumonées, râles crépitants en marée montante

Dyspnée

➤ Pseudo-asthme cardiaque:

différence avec l'OAP:

Dyspnée sifflante,

Œdème alvéolaire+ œdème bronchique

Bradypnée expiratoire

Râles Sibilants + crépitants.

Dyspnée

Causes :

- Cardiopathies (Insuffisance ventriculaire gauche quelque soit sa cause ; Rétrécissement mitral)
- Embolie pulmonaire
- Epanchement péricardique

- Autres causes: Pathologie pleuro-pulmonaire, Anémie, Psychogène.



Palpitations

Palpitations

- Perception anormale des battements cardiaques par le patient, qui paraissent plus rapides ou plus forts qu'habituellement.

Palpitations

Devant les palpitations il faut faire:

- **Un interrogatoire minutieux.**
- **Un examen physique cardiaque complet.**
- **Des examens complémentaires**

Palpitations

- Durée : secondes, minutes, heures
- Caractère permanent ou au contraire paroxystique
- Survenue à l'effort ou au repos
- Fréquence ou la rareté
- Régularité ou Irrégularité des sensations anormales

Palpitations

Signes de mauvaise tolérance clinique, notamment hémodynamique:

- **TA basse**
- **Dyspnée**
- **Lipothymie**
- **Syncope**
- **Angor**

Palpitations

- **Rechercher**
 - **Une irrégularité du rythme cardiaque**
 - **Une cardiopathie sous-jacente**
 - **Une hyperthermie**
 - **Les signes d'hyperthyroïdie**

Palpitations

Causes de Palpitations avec rythme cardiaque Régulier

- **Tachycardie sinusale:** effort physique, fièvre, anémie, émotion, hyperthyroïdie, insuffisance cardiaque ou encore prise d'excitants.
- **Tachycardie de Bouveret jonctionnelle:** (paroxystique)
 - 180- 220 btt/min, début et fin brusques,
 - sujet jeune, le plus souvent absence de cardiopathie,
 - arrêt sous effet des manœuvres vagales

Palpitations

- Autres causes de Palpitations avec rythme cardiaque Régulier:
 - Flutter atrial, tachycardie atriale
 - Tachycardie ventriculaire (trouble rythmique le plus grave, souvent mal toléré sur le plan fonctionnel et hémodynamique)

Palpitations

Causes de Palpitations avec rythme cardiaque Irrégulier

- Extrasystoles supra-ventriculaires, ventriculaires
- Fibrillation atriale: activités cardiaques complètement désorganisées.

Palpitations

- **Electrocardiogramme +++**
- **Holter ECG**
- **Epreuve d'effort: tapis ou vélo**
- **Exploration électrophysiologique,**
- **Echographie doppler cardiaque**



Syncope, lipothymies

Syncope, lipothymies

Syncope: perte de connaissance brutale brève, transitoire, avec effondrement du tonus postural, avec ou sans prodrome, à l'emporte pièce, récupération complète spontanée, moins de 1 minute.

Lipothymie: malaise passager, pas de perte totale de la conscience, forme mineure de la syncope,

Liée à une diminution transitoire du débit sanguin cérébral

Syncopes, pertes de connaissance, lipothymies

- **Syncopes reflexes** (vasovagales, hypersensibilité, situationnelles).
- **Hypotension orthostatique.**
- **Syncopes d'origine cardiaques:** Rétrécissement aortique, Cardiomyopathie hypertrophique obstructive, Embolie pulmonaire, Infarctus du myocarde, Troubles du rythme et de conduction

Syncopes, pertes de connaissance, lipothymies

Syncope vaso-vagale:

dysfonctionnement temporaire du système nerveux autonome,

progressive avec des prodromes: nausées, bourdonnement d'oreilles, sueurs.

Circonstances favorisantes : atmosphère confinée, surchauffée, période postprandiale, émotion, coup douloureux.

Syncope de Stokes-Adams:

sans aucun prodrome et sans facteur déclenchant, d'où le terme de "syncope à l'emporte pièce"

Chute du patient et est donc souvent traumatisante.

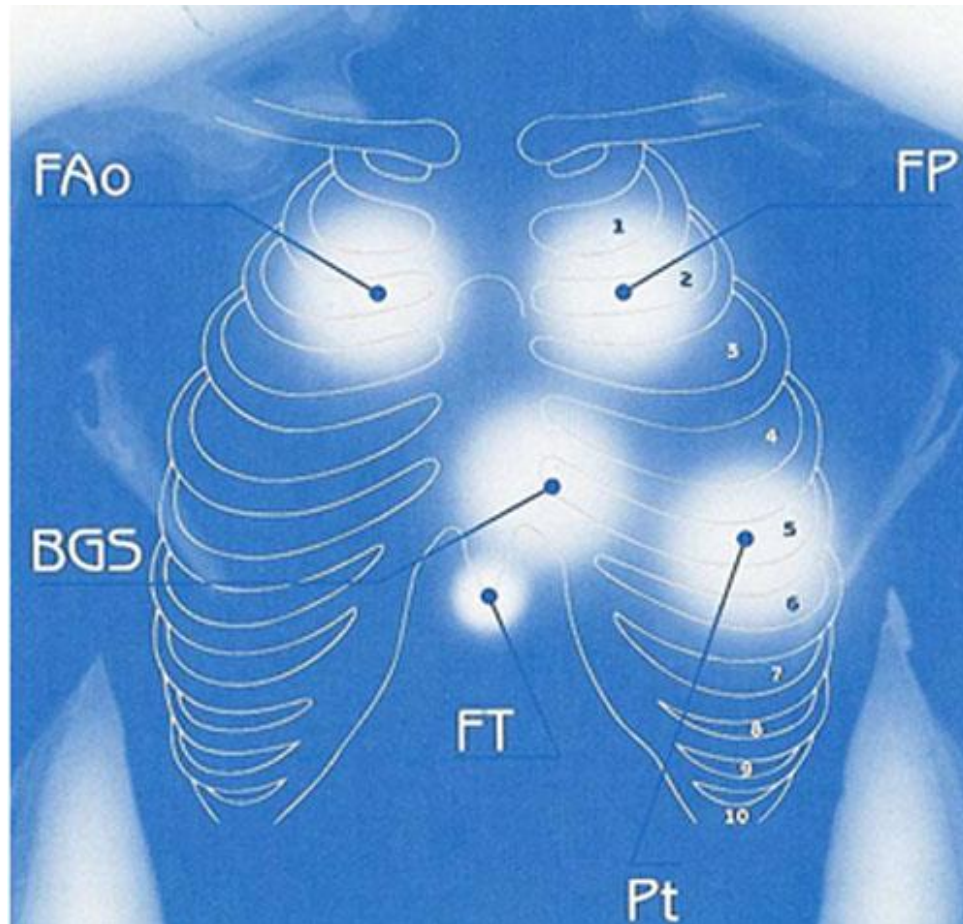
Perte de conscience brève; Retour de la conscience rapide, sans signe post-critique.

Evoque une étiologie cardiaque qu'il faut absolument rechercher

Syncope, pertes de connaissance, lipothymies

- **ECG**
- **Holter ECG**
- **Exploration électrophysiologique**
- **Echographie Cardiaque**
- **Tilt Test**

Souffles Cardiaques



Souffles Cardiaques

- **Souffles Fonctionnels:** Souffle fonctionnel ou anorganique ou innocent est la cause la plus fréquente des souffles systoliques.
 - Ses caractéristiques sont très évocatrices :
 - ✓ Isolé (absence de signes fonctionnels, pas de retard staturo pondéral)
 - ✓ Systolique, bref (mésosystolique), plus rarement continu Bruits du cœur normaux.
 - ✓ Timbre musical ou vibratoire, piaulant.
 - ✓ Intensité modérée.
 - ✓ Faible irradiation

Souffles Cardiaques

Souffles Organiques:

- Communication interauriculaire (CIA): Souffle systolique au foyer pulmonaire, peu intense, suivi d'un dédoublement de B2
- Communication interventriculaire (CIV): Souffle holosystolique en rayon de roue
- Canal Artériel: Souffle continu ou systolo-diastolique, sous-claviculaire gauche
- Coarctation Aortique: Souffle systolique, interscapulo-vertébral et parasternal gauche

Souffles Cardiaques

- Souffles systoliques d'éjection: Rétrécissement aortique ou le Rétrécissement pulmonaire
- Souffles systoliques de régurgitation: Insuffisance mitrale ou Insuffisance tricuspidiennne
- Souffles diastoliques: toujours organiques
 - valves auriculo-ventriculaires: Rétrécissement mitral et tricuspide; Du fait de leur tonalité basse et de leur timbre grave, on parle de roulement.
 - valves sigmoides: Insuffisance aortique et pulmonaire.



MERCI

Références

- Cardiologie 3eme édition 1999: A. Vacheron, C. LeFeuvre, J. DiMatteo
- Guide de l'examen clinique 7eme édition française: L. BICKLEY, 2014
- Les fondamentaux de la pathologie cardiovasculaire 2014, Elsevier Masson SAS. J.-É. Wolf, A. Cohen.
- Sémiologie Cardiologique Collège national des enseignants de Cardiologie et Maladies vasculaires en France Actualisé en 2009