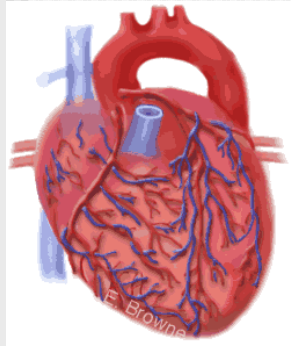


Les douleurs thoraciques en ambulatoire



Dresse Anne-Sylvie Steiner
Dr Marius Besson
Expert: Prof. Jean-Michel Gaspoz
Octobre 2007

Objectifs

- Reconnaître les douleurs thoraciques aiguës nécessitant une prise en charge urgente!
- Distinguer les douleurs thoraciques d'origine cardiaque des causes non cardiaques.
- Evaluer la probabilité de maladie coronarienne
- Connaître les différentes sensibilités et spécificités des examens complémentaires.

Cas 1, M. Levine

- 55 ans, tabagique, HTA mal équilibrée vient à son rdv de contrôle.
- Votre secrétaire vous appelle peu après car le patient se plaint d'une douleur dans la poitrine accompagnée de nausées, il est tout transpirant.
- Lorsque vous le voyez, il présente des douleurs constrictives irradiant dans le dos, discrètement augmentées à la respiration.

Questions

- Votre patient vous inquiète. Tout en l'installant sur le lit d'examen, vous évoquez les diagnostics graves possibles. Quels sont-ils?
- Quelles questions aimeriez-vous poser pour rechercher ces diagnostics tout en débutant votre status?

Douleurs thoracique menaçant le pronostic vital

■ Diagnostic différentiel:

- Syndrome coronarien aigu
 - Infarctus du myocarde (IAM); STEMI; NSTEMI
 - Angor instable
- Embolie pulmonaire
- Dissection aortique
- Myocardite (risque de mort subite chez le jeune)
- Pneumothorax sous tension
- Péricardite

Emergency Medicine Praticice, 2001 Vol 5 June 2003

Informations supplémentaires

- Les douleurs de M.Levine ont débutées ce matin (9h00) alors qu'il montait les escaliers (ascenseur en panne). Elles se sont calmées avec le repos après 30 min. Elles réapparaissent à l'arrivée au cabinet (10h00). Il n'a pas eu de fièvre, il se sent essoufflé. Ces douleurs sont une première!
- Temp 37,9°, pouls reg 90/min TAH 190/90 mmHg, F resp 22/min, Auscultation cardio-pulmonaire sp.
- Vers quelle suite de prise en charge vous orientez-vous?

M. Levine, suite et fin

- Appel 144 par secrétaire
- Avant l'arrivée de l'ambulance:
 - Poser une vvp
 - 500mg AAS iv
 - Mettre sous O2
 - Donner nitroglycérine sublingual 0,8 mg
 - ECG (sp)
- Mr Levine a été transféré au CAU avec la cardiomobile
- Vous apprenez en fin de journée que votre patient est en salle de cathétérisme pour traitement d'un SCA (NSTEMI) avec douleurs persistantes malgré traitement.

Douleurs thoraciques aiguës: quelques chiffres genevois

- Etude au CAU sur 6 mois des suspicions de SCA
- N=621 patients
 - IAM (STEMI et NSTEMI) 30,5%
 - Angor instable 23%
 - Angor stable 2%
 - Pathologie cardiaque non ischémique 13,5%
 - Pathologie non cardiaque 31%

Gaspoz et al. Schweiz. Med. Wochenschr. 1993;123:nr 27/28

Caractéristiques de la douleur et SCA

	prob.IAM (%)
■ Description de la douleur:	
■ Pression, serrement, écrasement	24
■ Brûlure, indigestion	23
■ Douleur sourde	13
■ Douleur aigue, coup de poignard	5
■ Pleurétique et positionnel	8
■ Irradiation (mâchoire,cou, bras ou épaule gauche)	19
■ Reproductibilité	
■ Partiellement reproductible	6
■ Pleinement reproductible	5

Gaspoz et al. Chap 12 PP255-263

Une bonne nouvelle

- **Si on a la combinaison:**
 - Douleur aigue ou coup de poignard;
 - Pas de passé d'angor de poitrine ou d'infarctus;
 - Douleurs pleurétique ou reproductible.
- **Probabilité d'IAM est de 0 %**

Gaspoz et al. Acute Coronary Care. 2nd ed ch 12 (255-63)

A vos marques...

- Evaluation de la probabilité clinique de coronaropathie en présence de douleurs thoraciques épisodiques et récidivantes.

Probabilité clinique de coronaropathie, les 3 critères

- Âge
- Sexe
- Type d'angor

Angor typique ou atypique? ...3 questions essentielles...

- Douleurs rétro-sternales ?
- Déclenchées par l'effort ?
- Diminuées par le repos et/ou TNT ?
- **0-1x** oui: **douleur non angoreuse**
- **2x** oui: angor **atypique**
- **3x** oui: angor **typique**

Cas 2, Monsieur Ergo

- 55 ans, tabagique, BMI 28 kg/m²
- Depuis trois mois, douleurs région épigastrique, déclenchées après les repas ou lorsqu'il monte les escaliers 1-2x/sem
- Soulagée par le repos en 20 min.
 - **A un angor atypique**

Cas 3, Mme Metrie

- 39 ans
- Douleurs dans la poitrine depuis 3 semaines
- Sans rapport avec l'effort
- Père infarctus à 50 ans, grand'mère AVC à 60 ans
- Pas d'autre FRCV connu
- **Douleur non angoreuse**

Tableau 3. Probabilité (%) de maladie coronarienne (définie par une sténose coronarienne de >50%) fondée sur l'âge, le sexe et les symptômes (pretest probability)⁶
Une probabilité < 15% correspond à une probabilité basse, celle > 85% à une probabilité haute, celle entre 15-85 à une probabilité intermédiaire.^{††}

Age	Pas d'angor		Angor atypique		Angor typique	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
30-39	4	2	34	12	76	26
40-49	13	3	51	22	87	55
50-59	20	7	65	31	93	73
60-69	27	14	72	51	94	86

M. Ergo

- 55 ans
- Sexe masculin
- Angor atypique

- **A une probabilité clinique de 65% de présenter une coronaropathie**

Mme Metrie

- 39 ans
- Femme
- Douleur non angoreuse

- **A une probabilité clinique de 2% de coronaropathie**

Et les facteur de risques...comment les inclure?

- **Ont un faible effet sur la probabilité clinique de coronaropathie chez les patients avec précordialgie aigüe.**
- Permettent **d'estimer le risque d'un événement cardiovasculaire chez des patients asymptomatique ou avec précordialgies chroniques.**

Et les facteur de risques...comment les inclure?

- **Ont un faible effet sur la probabilité clinique de coronaropathie chez les patients avec précordialgies .**
- SAUF en cas de diabète
- Permettent **d'estimer le risque d'un événement cardiovasculaire chez des patients asymptomatique**

Suspicion d'angor, bilan de base

■ Recherche FRCV

- Tabagisme
- HTA
- Surcharge pondérale
- Diabète
- Hypercholestérolémie
- Atcd cardiovasculaires
- AF
- Sédentarité

■ ECG

- Hb
- TSH
- Cholestérol total
- Glycémie
- Créatinine

Pourquoi ce bilan de base?

- Permet une **stratification du risque** d'événement cardiovasculaire majeur (infarctus, décès)
- Permet d'exclure une **cause secondaire** immédiatement traitable (anémie, hyperthyroïdie)

■ Quels examens complémentaires pour confirmer votre suspicion diagnostique?

L'ergométrie

- En raison de son coût et de son accessibilité:
 - Est **l'examen de dépistage de choix** en absence de contre-indication

Contre-indications à l'ergométrie

Absolues:

- IAM, angor instable
- sténose aortique sévère
- IC non contrôlée
- EP
- myopéricardite
- dissection aortique

Relatives:

- Sténose valvulaires modérées,
- tr électrolytes
- tr du rythme
- tr de la conduction de haut degré

Ergométrie, limitations

- **Modifications ECG pré-existantes** (BBD, BBG, HVG)
- **Intolérance à l'effort** due à comorbidité pulmonaire, rhumatologique, neurologique

Ergométrie, sensibilité et spécificité

■ Femmes

- Sensibilité 61%
- Spécificité 70%

■ Hommes

- Sensibilité 72%
- Spécificité 77%

● Mieres J., Circulation 2005;111:682-96

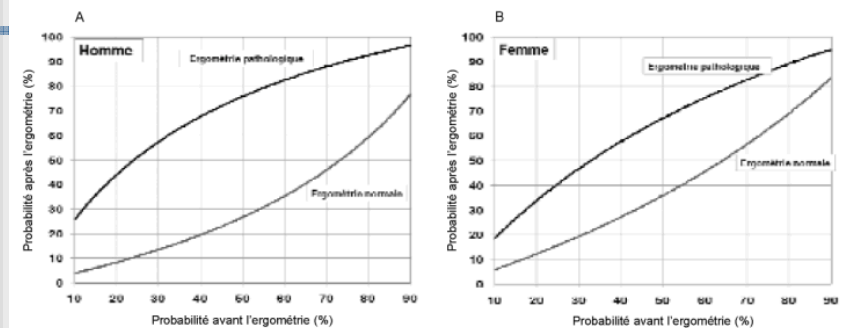


Figure 2a. Calcul de la probabilité pour maladie coronarienne en utilisant la formule de Bayes^{13,14}. Exemple donné pour la sensibilité et la spécificité de l'ergométrie chez l'homme.⁵

Figure 2b. Calcul de la probabilité pour maladie coronarienne en utilisant la formule de Bayes^{13,14}. Exemple donné pour la sensibilité et la spécificité de l'ergométrie chez la femme.⁵

Tiré de: Romanens M Rev Med Suisse; 2006;2:638-45

L'ergométrie de M. Ergo est...

■ négative

- Probabilité post-test 40%
- Que faites vous?

Critères de qualité pour ergométrie valable

- Double produit > 20'000
 - (TA systolique max x fréquence max)
- Fréquence cardiaque max = 85% de fréquence max prédite
 - (220-âge)
- Ergométrie électriquement positive

L'ergométrie de M. Ergo est...

■ positive

- Probabilité post-test 86%
- Que faites- vous?

Si l'ergométrie est positive

- Introduction traitement anti-angineux (bêta-B)
- discuter l'indication à une coronarographie

Indication à une coronarographie

- Angor sévère, classe 3
- Angor répondant mal au traitement médicamenteux
- Status après arrêt CR
- Arrythmie ventriculaire
- Récurrence de symptômes après revascularisation

• Guidelines, European Society of Cardiology, 2006

Si l'ergométrie est négative

- S'assurer que les critères de qualité sont respectés
- Envisager examen complémentaire si probabilité post-test est $> 15\%$, en tenant compte du contexte du patient.

Echographie de stress ou Thallium?

Guidelines European Society Cardiology, 2006

	Scintigraphie au thallium	Echographie de stress
Sensibilité	65-90%	65-90%
Spécificité	90-95%	90-95%
Indication	Localisation ischémie	Incapacité à l'effort, ECG de base anormal

Quid des nouveaux tests

- IRM
- CT multislice

Conclusions

- Cave: la clinique du SCA est variable!!
- Probabilité clinique d'angor s'estime sur la base de l'âge, sexe et type d'angor (défini par LES 3 questions)
- L'ergométrie est le test de dépistage de base en cas de probabilité clinique intermédiaire (15-85%)
- A GE, l'alternative à l'ergométrie est le test au thallium