

Item 197 : Douleur thoracique aiguë et chronique (Evaluations)

Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

Scénario :

Un homme de 53 ans effectue un effort pour soulever une lourde malle. Instantanément une douleur transfixiante épigastrique à irradiation dorsale apparaît et le patient présente une lipothymie. À la demande de son employeur, le patient est évacué par les pompiers aux urgences en moins d'une heure ; il allègue des paresthésies du membre inférieur gauche, la douleur thoracique a diminué mais un fond douloureux persiste. On note des antécédents familiaux coronariens du côté paternel, une appendicectomie à l'âge de 21 ans ; il est traité pour hypertension artérielle depuis 5 ans par un ARA II (Cozaar®). Il se plaint de « bourdonnement d'oreilles » depuis 3 mois.

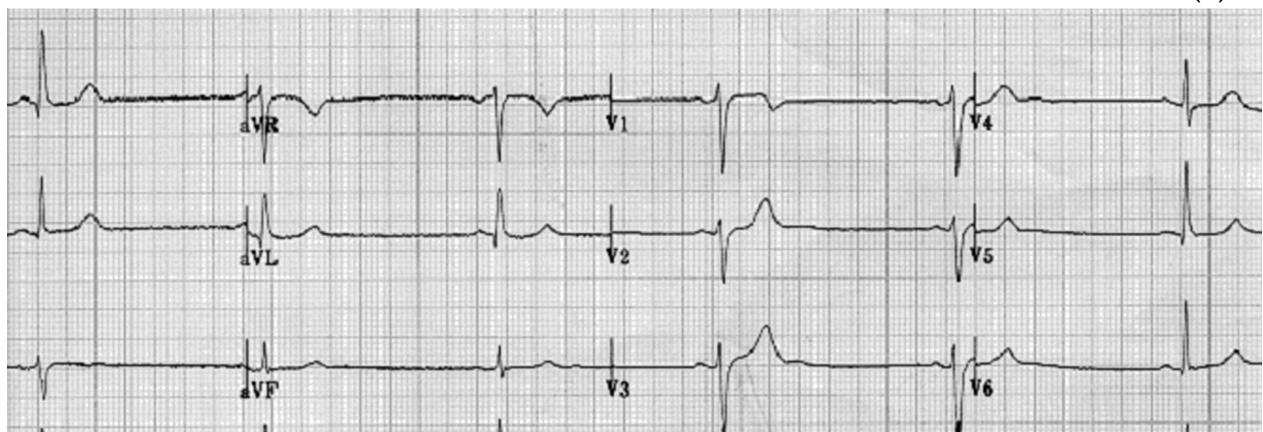
Habitudes de vie : c'est un patient actif, dont la profession est agent de manutention (la douleur est survenue pendant son travail), tabagique (25 paquets-années) et éthylique (1 litre de vin par jour + 5 ou 6 bières).

Examen clinique : taille 176 cm, poids 85 kg, le patient est apyrétique. L'examen cardiopulmonaire est strictement normal. L'abdomen est souple mais sensible, le transit des gaz est maintenu. Les bruits hydro-aériques sont audibles. Le membre inférieur gauche est plus froid que le droit mais l'examen sensitivo-moteur du membre est normal. Le pouls fémoral gauche est plus faible que le droit. La pression artérielle est à 175/100 mmHg.

Examens paracliniques : saturation transcutanée en oxygène à 96 %, troponine 0, CPK 45 UI/L (30-220), TGO 42 UI/L (10-50), TGP 39 UI/L (10-50), lipasémie 8 UI/L (7-60), amylasémie 63 UI/L (< 90). Ionogramme : urée 0,2 g/L, créatinine 8 mg/L, Na 138 meq/L, K 3,8 meq/L, Cl 102 meq/L, glycémie 1,1 g/L. NFS : leucocytes 7,1 giga/L, hématies 3,9 tera/L, hémoglobine 13,2 g/dL, plaquettes 190 giga/L. TCA 33 s pour 30, INR 1,1 (TP = 92 %), cholestérol 3,2 g/L, triglycérides 4 g/L.

Un cliché d'abdomen sans préparation (ASP) est effectué de résultat normal, ainsi qu'un ECG et une radio de thorax de face.

Figure 1 : Coupe tomодensitométrique transthoracique à hauteur des cavités cardiaques montrant un voile de dissection sous-intimal dans la lumière intra-aortique (a) et reconstruction 3-D de l'aorte abdominale et de ses branches avec visualisation du décollement intraluminal (b)



QUESTION 1/4 :

Commentez l'hypothèse suivante : la douleur est typique d'une déchirure musculaire et le patient peut retourner à son domicile.

Réponse attendue :

La survenue d'une douleur thoracique doit aussitôt faire évoquer quatre causes graves que sont : les syndromes coronaires, l'embolie pulmonaire, la péricardite aiguë et la dissection aortique.

La survenue à l'effort oriente vers la maladie coronarienne mais ne doit pas faire oublier la dernière étiologie. La normalité de l'examen clinique cardiopulmonaire, de l'ECG, des enzymes cardiaques, et l'absence de désaturation en oxygène n'écarte pas mais au contraire renforce la suspicion de dissection chez ce patient hypertendu.

En résumé, il s'agit peut-être d'une déchirure musculaire mais le patient doit rester hospitalisé aux urgences ou en USIC.

QUESTION 2/4 :

Au vu de la clinique, de l'ECG et de la biologie, reprenez-vous le diagnostic de syndrome coronaire ? Prescrivez-vous une thrombolyse ? Argumentez.

Réponse attendue :

Non, l'ECG est normal alors que la douleur est toujours présente, le premier dosage de troponine est négatif et il faut le répéter à la 6e heure cependant. L'hypothèse SCA s'efface devant l'hypothèse dissection. La dissection aortique peut aussi impliquer une coronaire et donner une ischémie myocardique, la dissection est une contre-indication à la thrombolyse.

QUESTION 3/4 :

Quel est votre diagnostic pour les anomalies constatées au niveau du membre inférieur gauche ? Quel en est le mécanisme ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'un tableau d'ischémie subaiguë du membre (refroidissement, paresthésies, diminution du pouls fémoral).

Il s'agit de la survenue concomitante d'un tableau ischémique sur une branche de l'aorte par extension du faux chenal sur une artère iliaque primitive (complication distale de la dissection).

QUESTION 4/4 :

Quel(s) examen(s) d'imagerie prescrivez-vous et pourquoi ?

Réponse attendue :

L'élargissement médiastinal est absent de la radiographie de thorax ce qui ne doit cependant pas égarer le diagnostic. Il faut évidemment explorer l'aorte de ce patient. Les examens de choix dans le contexte de l'urgence sont l'échographie transœsophagienne (ETO) et le scanner.