

CCO Sémiologie aux urgences

Mardi 23 octobre 17h30

Pr Jennifer Truchot

Cours 3 : Douleur thoracique et dyspnée

Douleur thoracique et dyspnée

Jennifer Truchot
Service d'Accueil des Urgences
Centre hospitalo-universitaire Lariboisière

Sachez que le diaporama comporte de nombreuses vidéos ainsi que des sons si vous voulez un aperçu de l'examen clinique cardiaque ou pulmonaire.

Sommaire :

I/ introduction

II/ Cas n°1

- 1) Etat général
- 2) Interrogatoire
- 3) Inspection
 - a) anomalie de la statique du thorax
 - b) anomalie dynamique de la respiration
 - c) examen des mains
- 4) Auscultation
- 5) Percussion
- 6) Palpation

III/ Cas n°2

- 1) Etat général
- 2) Interrogatoire
 - a) Sémiologie topographique
 - b) La douleur coronaire
- 3) Inspection
- 4) Palpation
- 5) Auscultation
 - a) Pulmonaire
 - b) Cardiaque

IV/ conclusion

I/ Introduction :

La douleur thoracique et la dyspnée sont un motif de consultation très fréquent au Service Accueil des Urgences. Ils sont souvent intriqués (ces deux signes cliniques peuvent être retrouvés chez un même patient). Ils font partie de l'examen clinique de pathologies graves pouvant donc induire un pronostic défavorable en cas d'erreur de diagnostic.

Rappel de Sémiologie :

- interrogatoire (C'est le plus important !!!! Il faut toujours poser toutes les questions pour éviter toute erreur ou omission risquant de manquer une pathologie grave)
- inspection
- auscultation
- palpation
- percussion

II/ Cas n°1 : un jeune homme de 30 ans se présentant aux urgences pour une dyspnée d'apparition brutale cette nuit. Quelle est votre prise en charge ?

À l'accueil des urgences ce sont d'abord les infirmières IAO qui prennent les constantes permettant d'apprécier l'état général.

1) Etat général : (constantes IAO)

- Pouls : bradycardie, tachycardie
- TA : basse ou haute, signe de choc
- Température : attention il existe deux pièges, lorsque la fièvre est masquée par les antalgiques et en cas d'hypothermie avec fièvre. Il faut prendre en compte la technique et l'âge du patient dans son interprétation. exemple de la pneumonie : fièvre et dyspnée)
- Douleur : échelle verbale et comportement (chien de fusil)
- Saturation (normalement 100%)
- Fréquence respiratoire (élevée ou basse dans tous les cas cela montre une difficulté à respirer)
- BU/glycémie/ECG

La Dyspnée = est une gêne respiratoire subjective, par exemple un essoufflement, un souffle court ou coupé, un blocage, une oppression, une difficulté ou du mal à respirer).

Types de dyspnée : inspiratoire, expiratoire, tachypnée (augmentation du rythme respiratoire), bradypnée (ralentissement du rythme respiratoire), polypnée/hypopnée (augmentation du volume par min), orthopnée (interdit le décubitus par exemple dans l'OAP).

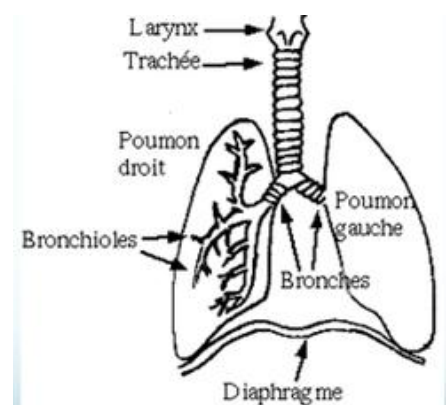
Quizz :

Cause de Dyspnée Laryngée → corps étranger

Cause de Dyspnée Trachéale → œdème de Quincke ou tumeur

Cause de Dyspnée Bronchique → bronchospasme de l'asthme

Cause de Dyspnée Bronchiolaire et Alvéolaire → OAP et pneumonie



2) Interrogatoire :

- Quand et Modalité d'apparition (le caractère aiguë étant plus urgent, date, heure, la durée est un élément pronostic)
- Modalité d'évolution
- Ancienneté (> ou < à 7 jours et nombre d'épisodes)
- Rythme (permanent ou intermittent)
- Facteur influençant la dyspnée
- Evaluer le rapport entre la dyspnée et effort avec l'échelle NYHA
 - Stade 1 : aucune gêne fonctionnelle
 - Stade 2 : effort physique important (< 2 étages)
 - Stade 3 : marche en monte (= 2 étages)
 - Stade 4 : dyspnée permanente de repos

Le patient décrit une dyspnée inspiratoire et expiratoire, il présente une polypnée à 30 par minute. Les signes associés ?

Son rythme respiratoire est anormalement élevé. Il faut rechercher des signes associés à l'interrogatoire tel que la douleur thoracique, la toux, l'expectoration, l'hémoptysie.

On note à l'interrogatoire : absence de toux, absence d'expectoration, n'a pas eu de fièvre, n'a pas objectivé d'hémoptysie, mais il décrit une douleur très intense au niveau thoracique droit. Puis on termine l'interrogatoire.

- Antécédents personnels
- Tabagisme (quantifier en paquet années)
- Antécédents familiaux (cœur, poumon)
- Profession
- Voyage (un trajet en avion ou voiture de plus de 4h augmente le risque de maladie thromboembolique, maladie infectieuse dans les pays tropicaux)

3) Inspection :

a) Anomalie de la statique du thorax

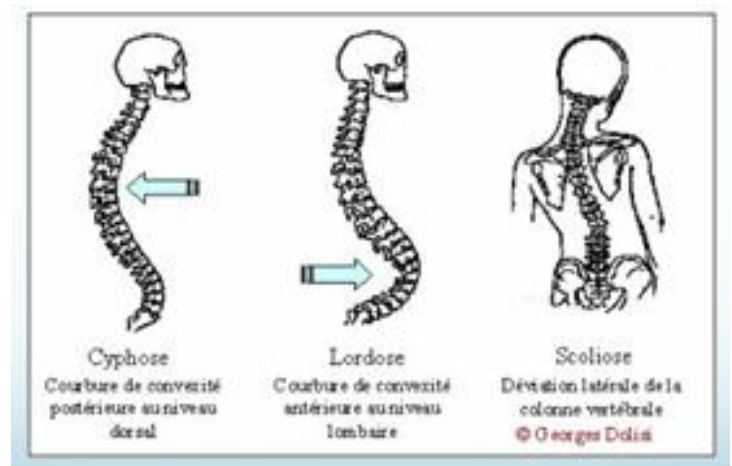
La statique peut donner des difficultés respiratoires. A l'examen du thorax on recherche donc des anomalies statiques du thorax (squelette, volet) comme la cyphose, lordose, ou scoliose.

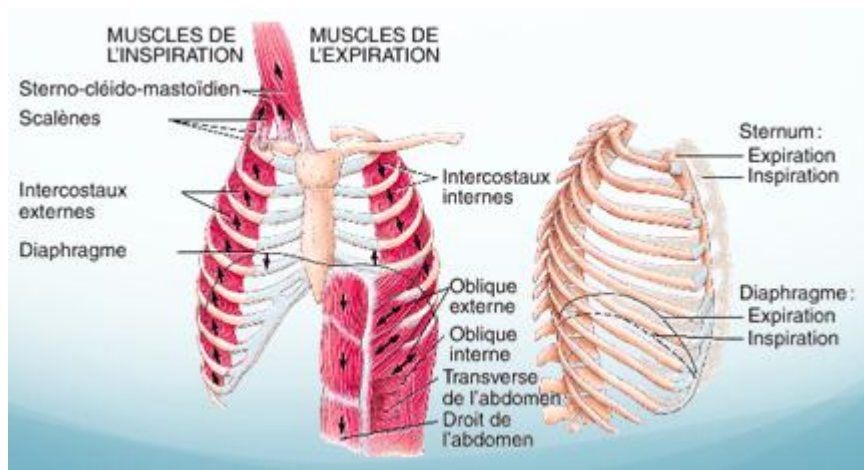
b) Anomalie dynamique de la respiration :

En temps normal la fréquence respiratoire est entre 12 et 16 par minute, le rapport du temps inspiratoire sur le temps expiratoire est de $\frac{1}{2}$. On parle de freinage si le temps est allongé.

- Type respiratoire : abdominale ou thoracique supérieur
- Dynamique respiratoire : tirage ou respiration paradoxale.

Tirage = c'est l'utilisation des muscles accessoire de la respiration (signe : Creux sus-sternal qui se creux)
Respiration paradoxale = respiration avec l'abdomen. (Signe de gravité)





c) Examen des mains :

- **Cyanose** = C'est une coloration violacée de la peau et des muqueuses liée à l'hypoxie et l'hypoxémie. La quantité d'hémoglobine réduite (non lié à l'oxygène) dans le sang est supérieure à 5g.
- **Hippocratisme digitale** = C'est une déformation des doigts et des ongles de physiopathologie inconnue.

4) Auscultation

On utilise un stéthoscope. Le patient est en position assise puis couchée. On lui demande une respiration ample par la bouche. Il faut ausculter tous les champs pulmonaires en position assise : région apicale gauche puis droite, région dorso-basale gauche puis droite, région médio-dorsale gauche puis droite. Ensuite on allonge le patient pour ausculter : les creux sus et sous claviculaire, la région sous mammelonnaire. Auscultation cardiaque également en position couchée. Une diminution du murmure est très bien perçue en antérieur sus claviculaire.

Pathologie : En cas de diminution ou d'abolition du murmure vésiculaire, on suspecte : une **pleurésie**, un **épanchement pleurale** (localisé au niveau des bases), ou un **pneumothorax** (localisé au niveau de l'apex ou sur tout un champ pulmonaire si complet).

Sibilant = ressemble au vent qui souffle avec un sifflement. C'est un signe retrouvé dans la bronchoconstriction de l'asthme, la BPCO, ou l'insuffisance cardiaque.

Crépitant = bruit du velcros. C'est un signe dans l'OAP, la Pneumopathie NP unilatérale ou symétrique (on parle de foyer auscultatoire).

5) Percussion

On percute les champs pulmonaires postérieurs

Matité = signe la présence de liquide

Tympanisme = signe la présence d'air

6) Palpation

C'est le moyen de rechercher des modifications des vibrations vocales. Utilisation du fameux « dites 33 ».

Pathologie : La transmission des vibrations vocales est diminuée si il y a du liquide (exemple : pleurésie) ou de l'air (exemple : pneumothorax). Elle est par contre augmentée dans la pneumonie.

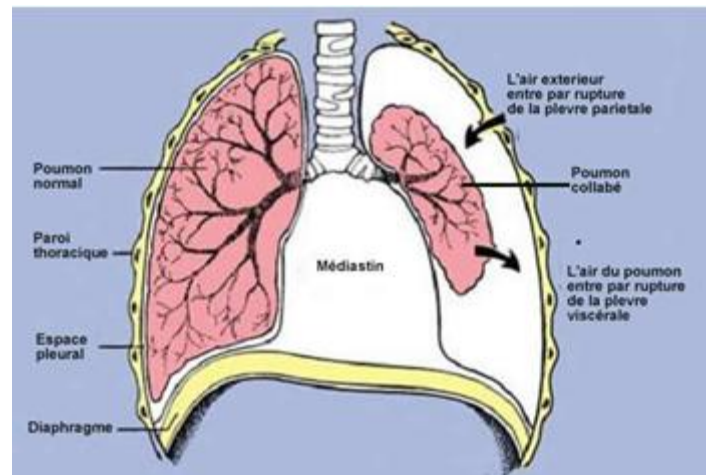
Enfin notre patient de 30 ans présente : une dyspnée au deux temps respiratoire, une détresse respiratoire aiguë (polypnée à 30), une douleur thoracique, et une abolition complète du murmure vésiculaire à droite. Hypothèse diagnostic ?

→ On suppose un pneumothorax ou un épanchement pleural.



Radiographie du thorax : le cul de sac pleural droit est comblé, le champ pulmonaire droit est très clair. Le poumon droit blanc est très réduit.

Diagnostic : **pneumothorax droit complet**. En fait l'air extérieur rentre par rupture de la plèvre pariétale tandis que l'air du poumon rentre par rupture de la plèvre viscérale. Le poumon s'est collabé.



Cette pathologie survient spontanément chez le patient grand, longiligne, tabagique, ou en post traumatique, mais aussi chez le patient âgé avec un emphysème.

Traitement : drain pour exsufflé et hospitalisation.

→ **Les principales causes de dyspnée** :

- Pneumopathie aiguë
- Œdème aiguë du poumon
- Décompensation d'une BPCO (tabagisme ancien, toux, expectoration, pas de foyers crépitant, bronchite répétée, foyers sibilant)
- Pleurésie
- Epanchement pleural (baisse du murmure vésiculaire, infection, antécédents cardiaque)
- Asthme (sibilant, facteur allergène)
- Embolie pulmonaire (examen clinique normal, voyage, tachycardie, douleur mollet évoquant une phlébite).

→ **Les pièges diagnostic** :

- Corps étranger
- Dyspnée laryngé (cause : épiglottite avec fièvre/sueur, laryngite surtout chez enfant avec une respiration bruyante la nuit et sifflement, tumeur chez le fumeur)
- Allergie, la dyspnée métabolique (Kussmaul : acidose-métabolique avec hyperventilation réactionnelle pour tamponner et normaliser le pH)
- Dyspnée neurologique (Cheynes Stokes : coma et AVC massif)

Bilan minimum comprenant : radiographie thoracique, gaz sang, ECG, DEP (chez l'asthmatique le débit expiratoire de point évalue l'effondrement débit expiratoire en cas crise).

III/ Cas n°2 : homme de 60 ans, se présente aux urgences pour une douleur thoracique apparue il y a quelques heures, très intense. Que faites-vous ?

Il faut savoir que la douleur thoracique est le 1^{er} motif de consultation aux urgences et le 1^{er} motif d'intervention d'une équipe SMUR. Ce signe est retrouvé dans des pathologies graves.

1) Etat général : (constantes IAO)

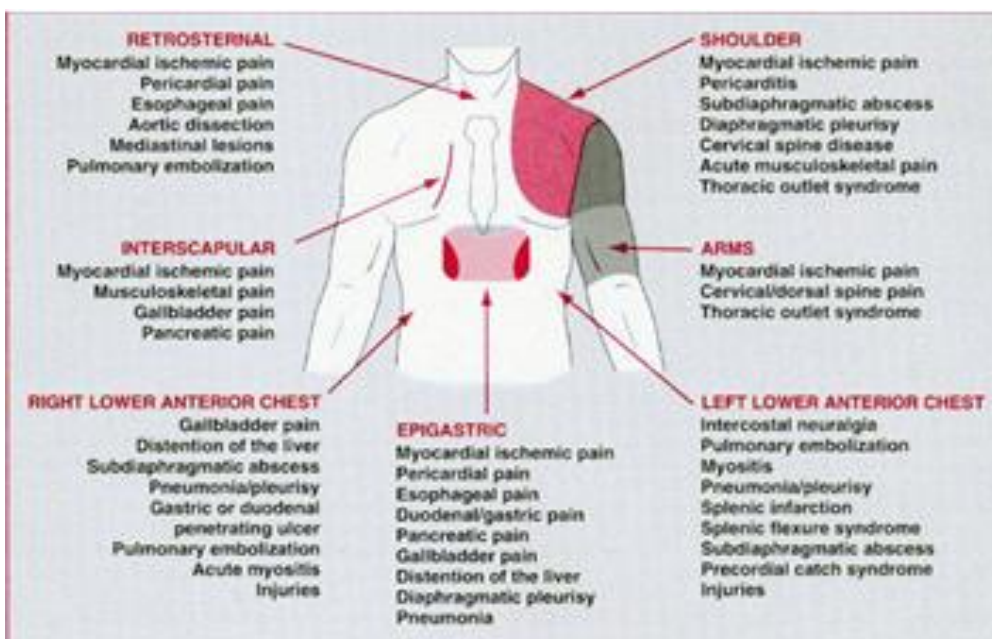
- Pouls
- TA
- Température
- Douleur
- Glycémie et ECG

2) Interrogatoire :

Il faut préciser les caractéristiques de la douleur. Mais surtout vous devez laisser le patient utiliser ses propres mots avant de suggérer une liste de terme.

- Type : étou, coup poignard, brûlure (oriente vers des pathologies autres que cardiaque), déchirure
- Topographie et Irradiation : rétrosternale (derrière le sternum, cause cardiaque ou œsophage), précordiale droite ou gauche (cause pulmonaire ou cardiaque), latéro et basi-thoracique (infection pulmonaire), postérieur, interscapulaire (dissection aortique).
- Rythme : apparition brutal, paroxystique, permanente
- Facteur favorisant : effort (+++ pathologie du cœur ou des coronaires), position (si la douleur est augmentée en avant : péricardite, si elle est diminuée de côté : pancréatite), inspiration profonde (pathologie pulmonaire).
- Signes associés

a) Sémiologie topographique



Exemple :

Thoracique gauche et bras gauche : coronaire

Epigastrique : ulcère, pancréatite, lithiase

Base du thorax : pneumonie, embolie pulmonaire

b) La douleur coronaire

La douleur est à type de constriction (sensation d'étouffement) ou de brûlure. Son siège est rétrosternal ou en barre médiosternale, indiquée par le patient du plat de la main, voire des deux mains. Irradiation habituelle vers l'épaule gauche, la face interne du bras gauche et les angles de la mâchoire inférieure. Attention parfois la douleur ne fait qu'irradier. Il existe très rarement des irradiations variables dans le temps ou vers l'épaule et le bras droit. La douleur est brève (<15min) ou prolongée en cas d'infarctus du myocarde, cédant au repos ou à la prise de dérivés nitrés.

Pour continuer l'interrogatoire :

- Facteur de risque cardiovasculaire : hypertension artérielle, surpoids, âge (F>60ans H>50ans), tabagisme (actuel ou < 3 ans), dyslipidémie (LDL >1,6 g/L et ou HDL <0,4 g/L), diabète, antécédent familiaux cardiovasculaire (IDM < 55ans chez le père/frère, IDM < 65 ans chez la mère/sœur, et AVC chez les parents ou frère/sœur).

3) Inspection :

- Signe de détresse respiratoire : cyanose, anomalie ventilation
- Morphotype : surpoids, Marfan (= grand longiligne et hyperlaxe ayant un risque cardiovasculaire augmenté pour la dissection aorte)
- Signe de détresse dynamique (= signe de choc) : marbrure, pâleur
- Signe d'insuffisance cardiaque : turgescence jugulaire (signe d'une insuffisance ventriculaire droite, donc de mauvais retour veineux qui augmentent le calibre et gonfle les jugulaires), œdème des membres inférieurs, signe du godet, reflux hépato-jugulaire (une pression sur le foie fait gonfler les jugulaires).

4) Palpation :

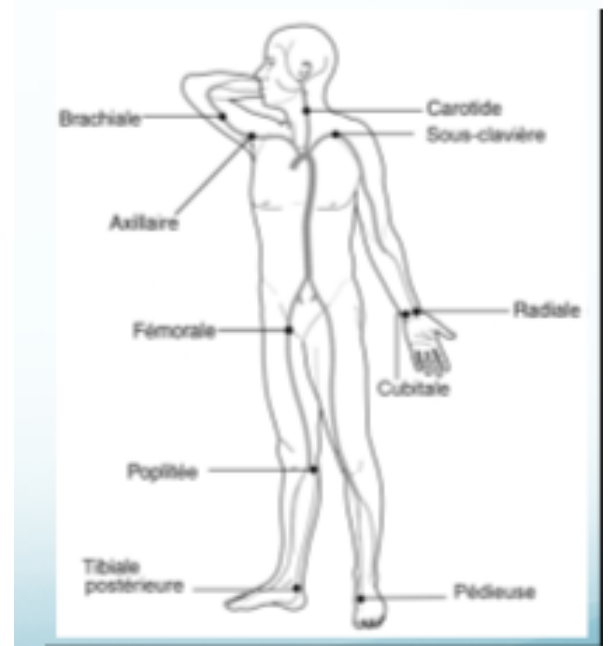
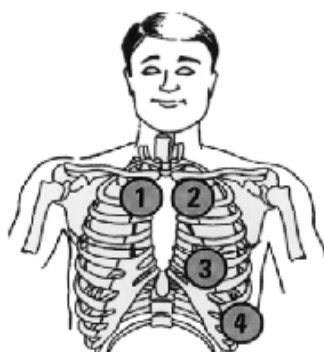
Il faut palper tous les pouls de manière symétrique aux quatre membres.

Exemple : Dans la Dissection aortique (= déchirure au niveau de l'aorte) on retrouve une asymétrie des pouls de plus de 20mmHg de différence entre les deux bras.

5) Auscultation :

► Foyers d'auscultation

- 1. Aortique: 2^{ème} EIC d
- 2. Pulmonaire: 2^{ème} EIC g
- 3. Tricuspide: 4^{ème} EIC g – base de l'appendice xyphoïde
- 4. Mitral: apex
- + les zones d'irradiation...



a) Pulmonaire

Elle nécessite une pièce calme, patient couché, ne parle pas, et respire par le nez.

b) Cardiaque

B1 = correspond à la fermeture des valves mitral et tricuspide au début de la systole.

B2 = correspond à la fermeture des valves aortique et pulmonaire au début de la diastole.

Pathologie :

- **Rétrécissement aortique** = souffle systolique, obstacle à l'éjection, râpeux

- **Rétrécissement mitral** = souffle diastolique, d'obstruction, roulement

Au total le patient présente une douleur thoracique à type d'étau survenue à l'effort. Il fume, est hypertendu, et son père est décédé d'une crise cardiaque à 60 ans. La douleur est très intense EVA à 10. L'auscultation est normale, l'examen clinique est normal. Hypothèse diagnostic ?

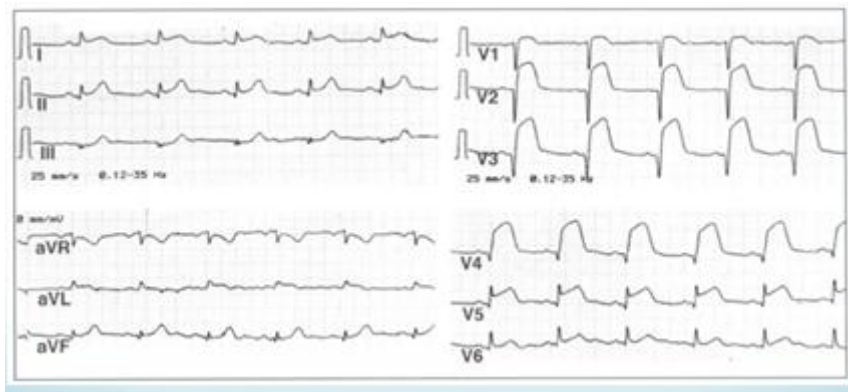
→ On suppose un infarctus du myocarde

→ **Les diagnostics principaux :**

- origine coronaire (angor, IDM)
- embolie pulmonaire
- péricardite (rétro-sternale, augmentation en antéflexion, fièvre, infection, sous décalage)
- dissection aortique (hypertendu)
- pleuro- pneumopathie
- douleur pariétale.

On réalise un ECG.

On note un sus-décalage diffus, signe d'un infarctus spectaculaire.



→ **Les Piège diagnostic :**

- Cause digestive : ulcère gastroduodéal perforé, pancréatite, Mallory Weiss (déchirure de l'œsophage par vomissement) ou RGO

- Zona thoracique : douleur métamère thoracique, éruption vésiculaire sur la peau

- Douleur psychogène (crise d'angoisse)

IV/ conclusion :

La douleur thoracique et la dyspnée sont des motifs de consultation fréquents et souvent associés au SAU. Ils apportent un niveau de gravité au diagnostic. Il ne faut surtout pas passer à côté de l'urgence vitale, cela grâce à un interrogatoire policier un examen scrupuleux et des examens complémentaires ciblés.