

La douleur thoracique atypique : l'évaluation est la clé

Alain Vadeboncoeur, MD

Présenté au 75^e Congrès de l'Association des médecins de langue française du Canada, octobre 2003

Comment procéder à l'évaluation?

Dans un cas de douleur thoracique atypique, une évaluation clinique approfondie représente la clé de la démarche diagnostique. Il est donc essentiel de recueillir tous les éléments de l'histoire clinique, une description précise de la douleur, la localisation de celle-ci, ses irradiations, les facteurs la précipitant et la soulageant, le contexte d'apparition, la durée et l'aggravation ou l'amélioration des symptômes.

Le clinicien utilisera ces informations pour évaluer le risque de maladie coronarienne associé à des présentations moins typiques. L'examen clinique est moins révélateur, les trouvaillles physiques orientant plus rarement vers la maladie coronarienne.

L'opinion initiale

Un des principaux défis de tout médecin qui évalue un patient pour une douleur thoracique récente est de déterminer s'il s'agit bien d'une douleur coronarienne. Le cas échéant, il lui faudra déterminer s'il s'agit d'un syndrome coronarien aigu ou d'une angine stable. Dans bien des cas, il est

Le cas de Madame Tremblay

Madame Tremblay, âgée de 47 ans, se présente à l'urgence mineure pour une précordialgie avec oppression ayant duré 15 minutes et étant associée à une difficulté respiratoire survenue il y a 3 heures à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Elle a emprunté la nitroglycérine sublinguale de sa voisine, ce qui l'a soulagée.



Depuis un ou deux ans, Madame Tremblay présente diverses douleurs thoraciques du côté gauche, sous forme de pincements, et celles-ci durent quelques minutes, surviennent au repos, à l'effort ou lors d'émotions fortes.

L'évaluation

- Antécédents de dépression et d'anxiété
- Antécédents familiaux positifs de maladie cardiaque athérosclérotique précoce
- Prend un médicament pour les nerfs, mais elle ne se rappelle pas du nom de celui-ci
- Fume un demi-paquet de cigarettes par jour
- Examen sans particularités
- Électrocardiogramme normal à l'arrivée

Comment allez-vous l'aider?

(Discussion du cas à la page 82).

La douleur thoracique atypique

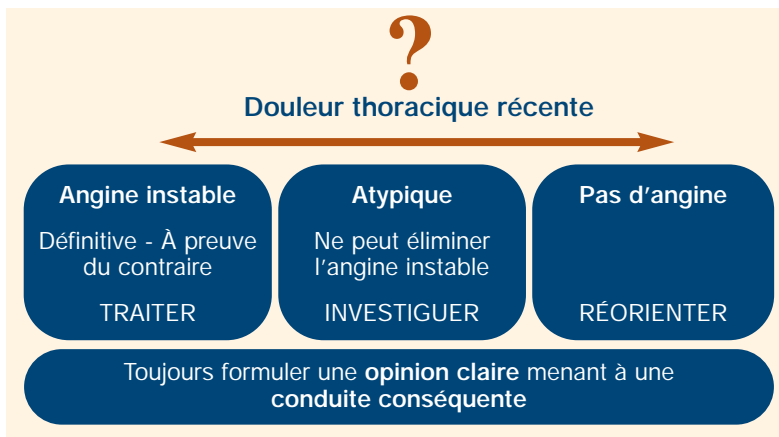


Figure 1. Déterminer une opinion claire pour chaque patient.

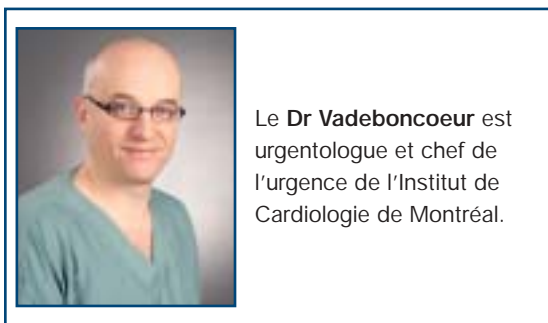
difficile de déterminer l'origine de la douleur ou d'éliminer avec certitude une angine instable.

Il est donc important de développer une « opinion claire » pour chaque patient qui se présente pour une douleur thoracique évocatrice d'une maladie coronarienne (figure 1).

Est-ce de l'angine?

Deux éléments cliniques peuvent aider à déterminer s'il s'agit ou non d'une douleur coronarienne : le type de douleur et le mode de présentation de celle-ci.

Ces éléments aident à établir un diagnostic d'angine, bien que, souvent, ils ne permettent pas d'apporter une réponse définitive. Par contre, il s'agit de facteurs prédictifs plus puissants que, par exemple, l'élec-



trocardiogramme (ECG) ou les marqueurs coronariens.

La localisation de la douleur

La localisation typique de la douleur angineuse est rétrosternale, souvent associée à des irradiations au bras gauche (plus sensible), au bras droit (plus spécifique) ou aux deux bras. La douleur

peut également irradier aux mâchoires, au dos ou à l'épigastre. Les présentations atypiques comprennent les douleurs siégeant ailleurs qu'en région rétrosternale et celles qui se présentent par leur irradiation seulement. Ce manque de spécificité de localisation rend la tâche du clinicien plus ardue. On recherchera des facteurs qui précipitent ou qui soulagent la douleur. Habituellement, un patient coronarien reconnaîtra ses douleurs angineuses.

Comment définir l'angine et l'angine instable?

Il faut avoir en tête la définition de base de l'angine et confronter celle-ci aux symptômes de chaque patient. Ainsi, l'angine est définie comme étant une douleur rétrosternale provoquée par les efforts et/ou les émotions et soulagée par le repos et/ou la prise de nitroglycérine.

Il est possible de quantifier de 1/4 à 4/4 le degré d'effort requis pour faire apparaître les symptômes (figure 2). Le degré d'effort étant corrélé à un nombre d'équivalents métaboliques (METS), on peut ainsi déterminer à quelle dépense énergétique apparaît

l'angine. Plus la dépense est faible, plus le risque est grand de retrouver une maladie grave (tronc commun, tritronculaire).

L'angine stable consiste en des symptômes angineux présents depuis huit semaines ou plus (certains auteurs disent plutôt quatre à six semaines). La définition exacte a moins d'importance que la notion de changement; ainsi, toute aggravation au point de vue de la fréquence, de l'intensité, de la durée ou du seuil d'apparition de la douleur représente un cas d'angine instable.

Angine : a) Douleur rétrosternale b) Provoquée par efforts/émotions c) Soulagée par repos/nitroglycérine	Angor clinique : Typique : 3/3 Atypique : 2/3 Non angineux : 1/3
Classes fonctionnelles <i>New York Heart Association</i> : angine stable I Efforts importants : > 7 mets III Efforts légers : 2 à 3 mets II Efforts modérés : 4 à 6 mets IV Repos : 1 mets	
Angor Stable : > 8 semaines sans changement de fréquence - intensité - durée	Angor instable : - De Novo : < 4 à 6 semaines - Crescendo - De repos

Figure 2. Quantification des symptômes de l'angine.

La probabilité pré-test de maladie cardiaque athéroscléreuse

La nature des symptômes est directement reliée à la probabilité de maladie coronarienne, c'est-à-dire à la présence ou l'absence d'une lésion coronarienne significative.

La présence d'une lésion coronarienne significative est également associée à trois éléments prédictifs :

1. Les facteurs de risque modifiables
2. L'âge
3. Le sexe

Le patient peut être asymptomatique ou présenter des symptômes non spécifiques (1/3), une angine atypique (2/3) ou une angine typique (3/3).

Plus les symptômes sont typiques (3/3) et plus l'âge du patient est avancé, plus le risque de retrouver une lésion coronarienne significative est élevé. Chez deux patients

La douleur thoracique atypique

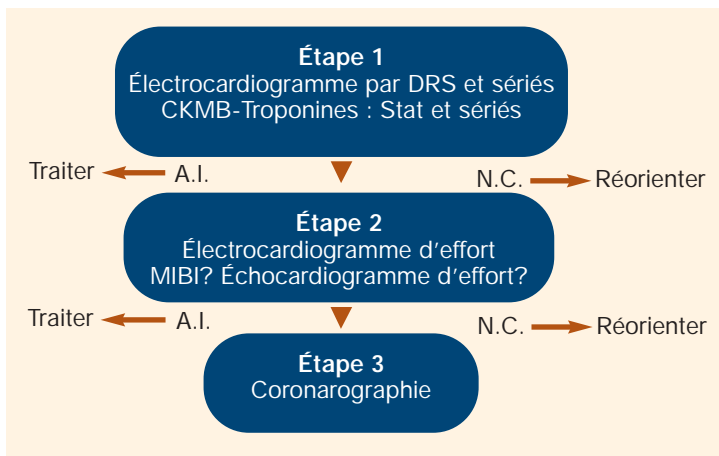


Figure 3. Les étapes de l'investigation.

du même âge mais de sexe opposé qui présentent des symptômes identiques, les hommes sont plus à risque.

Plus un patient présente de facteurs de risque, plus le risque de lésion coronarienne significative est élevé.

La conduite initiale conséquente

Un patient atteint d'angine instable claire sera d'abord traité. Le traitement sera modulé par la stratification du risque. Inversement, un patient sans angine instable sera « réorienté », son évaluation sera complétée, les autres conditions seront éliminées ou le patient sera référé, mais pour une autre raison que celle de l'angine instable.

La catégorie du milieu est composée des patients chez qui l'on ne peut éliminer ou confirmer le diagnostic d'angine instable.

Comment procéder à l'investigation?

Dans le cas de Madame Tremblay, il apparaît difficile d'affirmer s'il s'agit ou non d'une douleur

coronarienne. Par contre, il est également difficile d'éliminer le diagnostic d'angine instable. Cette opinion initiale demandera à être précisée plus tard.

La démarche diagnostique devra permettre de conclure à la présence ou non d'une angine instable (figure 3).

Les ECG séries

La première étape est d'observer le patient, de répéter les ECG à intervalle régulier (par exemple, aux six à huit heures) et, surtout, d'effectuer un ECG per douleur. Des changements électriques à cette étape permettront de confirmer la présence d'angine instable.

Le but de la démarche est d'abord de s'assurer que le patient ne présente pas d'infarctus ou d'angine instable à haut risque.

Les CK et les CKMB

Les créatinine-kinases (CK) ne sont pas spécifiques au myocarde, mais les CK de fraction MB sont très spécifiques et grandement utiles. Cependant, elles sont moins sensibles que les troponines pour détecter des angines instables à haut risque, tandis que, pour l'infarctus, leur sensibilité et leur spécificité leur sont comparables.

Les troponines

Les troponines sont utiles pour déceler certains des patients qui, malgré des ECG normaux ou non diagnostiques et des CKMB normaux, sont tout de même à risque élevé d'événement coronarien. Elles se substituent graduellement aux CKMB.

L'élévation des troponines est proportionnelle au risque encouru à court terme. Par contre, des valeurs normales n'excluent pas la présence d'un risque élevé pouvant avoir été décelé lors de l'investigation ou de l'ECG.

Le test de provocation de l'ischémie

Si le patient ne présente pas de risque important (clinique, ECG et marqueurs sériés), une épreuve de « provocation » est recommandée dans un court délai. Celle-ci peut être réalisée à l'urgence, si le test est disponible, lors d'une courte hospitalisation ou en externe, dans un délai rapproché.

Parmi les choix usuels de tests, on retrouve :

1. L'épreuve d'effort
2. La scintigraphie myocardique
3. L'échographie cardiaque stress

Les choix d'examens cliniques sont nombreux et dépendent des caractéristiques du patient et des disponibilités du milieu.

Il convient d'utiliser les outils les plus appropriés en fonction du niveau de risque du patient, mais également et surtout en fonction de la capacité du test à fournir une réponse utilisable. Si, par exemple, pour un patient donné, le test n'est ni réalisable, ni interprétable ou sa sensibilité et/ou sa spécificité ne sont pas suffisantes, mieux vaut choisir un autre test. Dans le cas d'une femme pré-ménauposée, l'EE représente un test controversé, dans la mesure où sa sensibilité et sa spécificité sont moindres que pour un homme du même âge.

L'analyse

L'épreuve d'effort de Madame Tremblay s'est avérée cliniquement positive et électriquement positive. Elle était cliniquement positive parce que la patiente a présenté un malaise thoracique qui pouvait évoquer de l'angine. L'épreuve était positive électriquement parce que le segment ST était sous-décalé de 1 mm. L'épreuve était positive à partir de la 4^e minute, ce qui est précoce et pourrait être un signe d'une maladie plus grave. La capacité d'effort était relativement faible (6 METS). La capacité d'effort possède en soi une valeur pronostique. Il faut cependant distinguer le résultat de l'EE de la présence ou de l'absence de maladie coronarienne significative. L'effet net du résultat de l'épreuve d'effort est de modifier à la hausse ou à la baisse la probabilité de maladie coronarienne, elle ne représente pas un diagnostic en soi.

Et Madame Tremblay?

Le résultat de l'épreuve d'effort

La patiente a complété une épreuve d'effort de six minutes. À partir de la quatrième minute, on observait un sous-décalage ascendant du ST de 1 mm, qui se normalisait après 1 minute de récupération. La patiente présentait une légère oppression en fin d'effort. La fréquence cardiaque a atteint 80 % de la FCMP. Elle avait une bonne réponse tensionnelle.

Le résultat de la scintigraphie

L'épreuve était cliniquement douteuse (oppression vague à l'injection de persantin) et électriquement négative. Aucun déficit de perfusion n'a été observé. Les parois se contractaient normalement et la fraction d'éjection était estimée à 62 %.

EE et probabilité pré-test et post-test

Le résultat d'une EE ne peut s'interpréter qu'en fonction de la probabilité pré-test (PPréT) de maladie coronarienne significative chez un patient donné. Une EE positive ou négative modifie cette probabilité pour obtenir la PPostT, c'est-à-dire la probabilité après EE que le patient soit porteur ou non d'une maladie coronarienne significative.

Prenons comme hypothèse que Madame Tremblay présente 2 éléments suggestifs d'angine sur 3 (il est un peu difficile d'être précis, l'histoire est floue). Dans ce cas, sa PPréT serait de l'ordre de 38 % de maladie coronarienne significative. Ce pourcentage élevé, devant un syndrome d'allure progressive ou instable, demande une investigation plus approfondie.

Dans ce cas, une EE positive permet de hausser la PPostT à 52 %, ce qui est sans doute insuffisant pour décider d'une conduite claire (une EE négative n'aurait également abaissé la PPostT qu'à 21 %, niveau insuffisant pour s'assurer de l'absence d'une maladie coronarienne). Certains décideront plutôt d'effectuer d'emblée une scinti-

graphie myocardique chez une telle patiente à risque modéré et pré-ménopausée. D'autres demanderont d'abord une EE, qui orientera la conduite subséquente.

Si l'EE s'était avérée normale à haut régime, conférant ainsi un bon pronostic à la patiente, un suivi clinique aurait pu s'avérer suffisant, avec demande de MIBI en externe si les symptômes persistaient.

La PpostT nous permet d'évaluer à 52 % le risque que la patiente présente une MCAS significative. Comme les implications sont importantes, un autre test, plus spécifique, est nécessaire. Il pourrait s'agir d'une scintigraphie myocardique ou d'une échographie d'effort. Comme la fréquence cardiaque chez cette patiente ne s'est élevée qu'à 80 %, un test pharmacologique pourrait être plus approprié.

La scintigraphie myocardique


La scintigraphie myocardique est plus sensible et spécifique que l'épreuve d'effort simple. Elle possède certaines indications spécifiques et peut être réalisée à l'effort ou pharmacologiquement (avec persantin).

La scintigraphie myocardique per douleur a été relativement bien étudiée dans un contexte d'urgence. Elle possède une sensibilité élevée, de l'ordre de 90 %, pour détecter l'ischémie. La scintigraphie d'effort (ou pharmacologique) doit être en deux étapes, lesquelles sont généralement réalisées lors de deux journées consécutives. Elles peuvent toutefois être réalisées en l'espace de quelques heures (cinq à sept heures) si le patient est mince. L'échographie d'effort ou pharmacologique est généralement jugée comme étant aussi sensible (mais opérateur-dépendant) et peut-être plus spécifique que la scintigraphie.

Après l'EE anormale, une scintigraphie myocardique avec épreuve pharmacologique a

donc été demandée pour Madame Tremblay et celle-ci s'est avérée normale. La sensibilité de ces tests n'étant pas parfaite, cela n'exclut pas totalement une maladie coronarienne, mais ces examens possèdent en soi une excellente valeur pronostique. Il est donc nécessaire de procéder à un suivi clinique.

La conduite finale

La conduite consistera à viser une modification agressive des facteurs de risque, à conseiller de consulter de nouveau en cas d'aggravation des douleurs, à assurer un suivi en externe et à prescrire de l'acide acétylsalicylique en prévention (selon le jugement du clinicien). En cas de persistance des symptômes ou de doute diagnostique, une angiographie coronarienne pourra être pratiquée. 

Références

1. American College of Emergency Physicians : Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting with suspected acute myocardial infarction or unstable angina. *Ann Emerg Med* 35(5):521, 2000.
2. American College of Emergency Physicians : Clinical policy for the initial approach to adults presenting with a chief complaint of chest pain, with no history of trauma. *Ann Emerg Med* 25(2):274, 1995.
3. Gibbons, RJ, Balady, GJ, Bricker, JT, et coll. : ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Exercise Testing), 2002.
4. Kirsten, E, Fleischmann, MD, et coll. : Critical Pathways for Patients with Acute Chest Pain at Low Risk. *J Thrombosis and Thrombolysis* 13(2):89, 2002.
5. Erhardt L, et coll. : Task force on the management of chest pain. *Eur Heart J* 23(15):1153, 2002.
6. Zalenski, RJ, Selker, HP, Cannon, CP, et coll. : National Heart Attack Alert Program position paper: Chest pain centers and programs for the evaluation of acute cardiac ischemia. *Ann Emerg Med* 35(5):462, 2000.
7. AHCPR Clinical Practice Guideline (number 10) Unstable Angina : Diagnosis and Management, May 1994. Braunwald, E, Mark, DB, Jones, RH, et coll. Unstable angina diagnosis and management. Rockville, MD : Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung, and Blood Institute, US Public Health Service, US Department of Health and Human Services; 1994; AHCPR Publication No. 94-0602.

Remerciements

L'approche « opinion claire » a été développée et diffusée par le Docteur Jacques Bédard, interniste au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Elle a été utilisée dans l'atelier du bureau de FMC de l'Université de Montréal sur la douleur thoracique et dans les cas VIPs (www.swissvips.ch/newsite/fr/welcome.htm), d'où a été tiré ce texte.

L'auteur tient à remercier toutes les personnes ayant contribué à la création de cet atelier et des cas VIPs reliés, notamment les docteurs Robert Thivierge et Martin Labelle, du bureau de FMC de l'Université de Montréal.

www.stacommunications.com



Cet article est disponible en ligne. Visitez *Le Clinicien*.