

Une douleur thoracique intolérable

François Melançon, M.D.



Le cas de Kevin

Kevin, 41 ans, fumeur de trois paquets de cigarettes par jour, se présente en diaphorèse profuse à la salle d'urgence où vous travaillez. Il est littéralement plié en deux et il marche avec difficulté. La douleur l'a ce soir soudainement pris dans la poitrine, comme un coup de poignard, et lui a coupé le souffle. Il a appelé le 911, mais comme il habite à deux pas de l'hôpital, il a décidé de se présenter à pied à l'urgence. Il a le teint gris et semble beaucoup plus vieux que son âge. L'odeur de cigarette vous prend à la gorge. Il est très souffrant. Sa tension artérielle est à 220/100 et son pouls à 120/minute. L'infirmière de triage vous tend une feuille d'un électrocardiogramme fait à l'arrivée du patient : aucune élévation du segment ST. À l'auscultation, vous percevez des ronchis diffus et des râles aux deux bases.

À quoi pensez-vous? Comment allez-vous l'investiguer et le traiter?

La pleurodynie

Il s'agit d'une complication rare d'une infection au virus Coxsackie B, transmis par la voie fécale-orale, qui se présente avec l'apparition soudaine d'une douleur thoracique pénible et lancinante souvent associée à de la fièvre, des malaises et des céphalées, alors qu'en général cette infection ne donne qu'une infection légère ou asymptomatique des voies respiratoires ou gastrointestinales. Le temps d'incubation du virus dans le système digestif est d'environ une semaine, puis par dissémination hémotogène, le virus s'attaque aux organes cibles : aux muscles striés surtout et, plus rarement, à la plèvre, au myocarde ou parfois même au système nerveux central. Le terme pleurodynie est donc en réalité erroné, la plèvre étant la moins souvent atteinte des organes cibles.

L'impact du virus Coxsackie B

Attaqué par le Coxsackie B, le muscle strié développe des zones de nécrose extrêmement douloureuses. Cette nécrose est mise en évidence par une élévation fréquente de la créatine kinase (CK). Les complications à long terme sont rares et médiées par le système immunitaire. Quelques rares patients développent une myocardite ou une dermatopolymyosite.

L'infection à Coxsackie B affecte davantage les jeunes de moins de 15 ans et la moitié de ceux-ci ont moins de cinq ans. L'infection est plus grave chez les enfants, qui eux souffrent surtout de douleur abdominale, et 10 % des jeunes bébés atteints décèdent de complications cardiaques. La maladie affecte rarement les personnes âgées de plus de 60 ans. En fait, la complication de pleurodynie affecte surtout les adultes; moins de 10 % des patients souffrant de cette complication ont moins de 20 ans.

Touchant plus d'hommes que de femmes, la condition est saisonnière en Amérique du Nord : 90 % des infections se produisent l'été et tôt à l'automne. Dans les zones tropicales et subtropicales, l'infection sévit toute l'année.

La présentation clinique

L'apparition de douleur thoracique est brutale. La douleur se produit en paroxysmes très graves durant de quelques secondes à une minute. Après plusieurs paroxysmes douloureux, la douleur diminue spontanément sans disparaître complètement et devient un malaise désagréable pour quelques heures, avant de revenir en force. Durant les attaques, le patient est

Les diagnostics différentiels

Ils sont nombreux et vont du pneumothorax à la crise d'asthme grave, en passant par la dissection aortique et l'infarctus du myocarde. Un zona pourrait produire une douleur semblable avant l'apparition des lésions cutanées. Une pleurésie simple, virale ou idiopathique, pourrait donner des symptômes similaires, et dans certaines populations, une crise falciforme serait aussi à éliminer. Il est donc important de procéder à tous les tests nécessaires pour éliminer toutes ces causes de douleur thoracique aiguë.

On peut demander un rayon-X pulmonaire pour éliminer d'autres causes de douleur thoracique.

extrêmement dyspnéique. La douleur se situe typiquement dans la région des côtes inférieures, mais peut toucher l'ensemble de la cage thoracique. En général, elle durera de trois à cinq jours et pourra, à l'occasion, persister jusqu'à un mois.

Les symptômes viraux

Les patients souffrent souvent de plusieurs symptômes viraux associés : atteinte des voies respiratoires hautes (toux sèche, maux de gorge et rhinite), céphalées, fièvre et malaise, nausées, vomissements, diarrhée et douleur abdominale chez les enfants. Dix pour cent des hommes affectés se plaignent aussi de douleur testiculaire.

Les patients sont presque toujours fébriles et atteints de tachycardie. On voit fréquemment une pharyngite, un inconfort thoracique à la palpation et, dans le quart des épisodes, on perçoit un frottement pleural.

L'évaluation

Laboratoire

On doit demander un laboratoire de douleur rétrosternale : formule sanguine complète, dosage des troponines et de la créatine kinase (CK), gaz artériel, D-dimère si on soupçonne une embolie pulmonaire, etc. Lorsque le bilan pointe vers une étiologie infectieuse et en présence d'hyperthermie, on ajoute alors les tests viraux spécifiques. On peut isoler le virus en culture cellulaire (qui provient idéalement d'un prélèvement de gorge et donne une positivité de 45 % en cas d'infection

active) en détectant l'acide ribonucléique viral par une réaction en chaîne de polymérase ou par une évaluation sérologique des anticorps viraux (test ELISA). Il faut toujours interpréter ces tests à la lumière de l'information clinique et de l'histoire d'une vaccination contre la poliomyélite, les cultures pour les entérovirus demeurant positives plusieurs mois après cette vaccination.

En raison d'un élément de nécrose musculaire, la CK est fréquemment élevée. La formule blanche peut démontrer une légère leucopénie ou une légère leucocytose. Un dosage d'anticorps anti-nucléaires peut être fait en présence de sérosité (qui pourrait aussi être causée par le lupus érythémateux disséminé).

Imagerie et tests diagnostiques

On peut demander un rayon-X pulmonaire pour éliminer d'autres causes de douleur thoracique. On peut aussi procéder à une scintigraphie pulmonaire de perfusion et ventilation, s'il y a possibilité d'embolie pulmonaire. Dans un cas de pleurodynie, le rayon-X peut être normal ou montrer soit une effusion pleurale ipsilatérale, soit une atélectasie. À l'occasion, on détecte une discrète pneumonie.

Le traitement

Il n'existe pas de traitement spécifique et, après avoir éliminé les autres causes de douleur thoracique, on se contente de donner un traitement de support à base

Retour sur le cas de Kevin

Le laboratoire a montré une très légère élévation des D-dimères et des troponines normales. Le rayons-X pulmonaire n'a montré qu'un thorax atteint de maladie pulmonaire obstructive chronique sans rien de plus spécifique. La tomographie axiale du thorax n'a pas montré d'embolie pulmonaire, mais a permis de découvrir un nodule intrabronchique. La culture virale pour le Coxsackie B est revenue positive. Kevin a très bien répondu à la prise d'anti-inflammatoires et rencontrera sous peu un pneumologue pour l'investigation de son nodule. Il fume encore...

d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour aider au contrôle de la douleur et de la pleurésie. On ignore leur mécanisme d'action exact, mais on suppose une inhibition de la cyclo-oxygénase, puis de la synthèse de certaines prostaglandines et des leucotriènes. Il pourrait aussi y avoir inhibition de la relâche de l'enzyme lysosomale, de l'activité de la lipooxygénase et de l'agrégation des neutrophiles, pour ne nommer que ces mécanismes.

Lorsqu'il est possible de donner cette médication, le choix de l'AINS importe peu et dépendra de la tolérance du patient et de l'expérience du clinicien.

créatite et de diabète de type I. La relation causale, dans ce dernier cas, est une relation statistique et on ignore le mécanisme par lequel cette infection augmenterait l'incidence du diabète de type I. On pourrait supposer une atteinte du système immunitaire, mais la cause réelle n'est pas claire. Lorsqu'il y a présence de myocardite, on peut observer une cardiomyopathie dilatée. Celle-ci apparaît soit peu de temps après la myocardite (causée par une nécrose musculaire aiguë) ou au contraire plusieurs années après (alors causée par une inflammation chronique et une fibrose secondaire à un processus immunomédié).

La prévention

Une hygiène stricte des mains peut aider à prévenir la transmission fécale-orale.

Les complications

La pleurodynie est une condition douloureuse, mais qui présente rarement des complications. En raison de la limitation de l'amplitude respiratoire, on remarque à l'occasion une atélectasie associée à de la dyspnée. Certains enfants séropositifs pour le Coxsackie B présentent un syndrome post-viral appelé syndrome de fatigue/dysphorie. Ils se plaignent de fatigue, de faiblesse, de maux de gorge et de dysphorie. Très rarement, on constate des complications de cardite, de méningite aseptique, de péricardite constrictive, d'orchite, d'encéphalomyélite, de conjonctivite hémorragique, d'hépatite, de pan-

Les considérations spéciales

L'infection au Coxsackie B peut poser problèmes chez la femme enceinte. Le virus peut en effet être transmis au fœtus par la voie transplacentaire ou à l'accouchement. Lorsqu'une femme contracte l'infection avant 12 semaines de grossesse, le risque d'avortement spontané augmente. L'infection du fœtus par le Coxsackie B pourrait augmenter l'incidence de cardiopathie congénitale et de diabète de type I.

Le pronostic

Même chez les enfants souffrant du syndrome de fatigue/dysphorie, la plupart des patients guérissent complètement, bien qu'ils puissent traverser une période de fatigue prolongée de quelques mois avant de se sentir parfaitement bien. **C**



Dr Melançon est omnipraticien et compte 25 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il a pratiqué en cabinet privé et en CLSC. Il est

récemment revenu à ses premières amours, soit la médecine d'urgence, la traumatologie et la psychiatrie.