



Douleur thoracique au Cabinet

*L'expérience du Centre de Douleur
Thoracique*

Dr Vianney BEHAGHEL
CCA Cardiologie





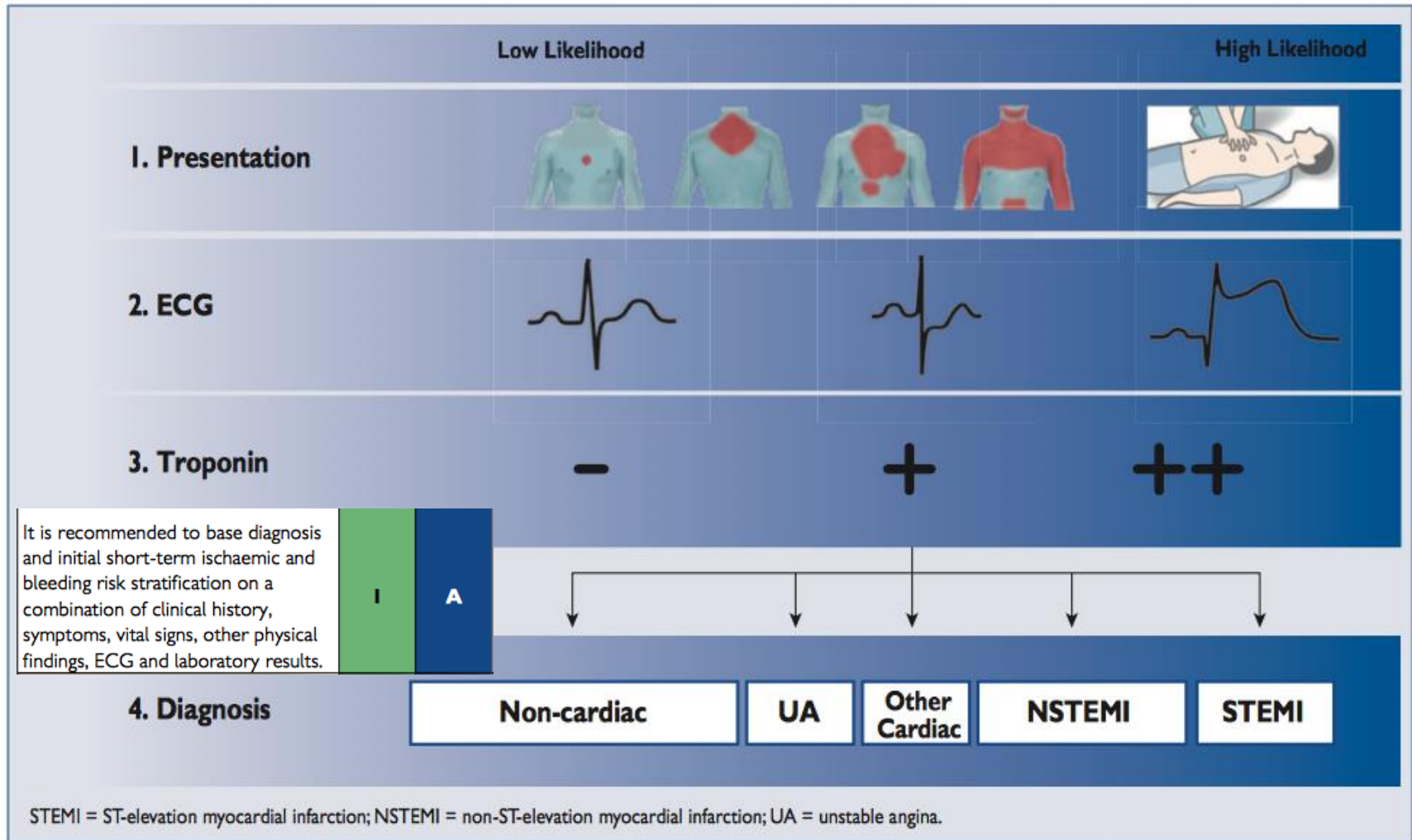
- 1 - Introduction
- 2 - Douleur thoracique au cabinet
 - A - Présentation clinique*
 - B - Place de l'ECG*
 - C - Intérêt du dosage de troponine en ville*
- 3 - Centre de Douleur Thoracique
- 4 - Retour d'expérience du CDT
- 5 - Conclusion



- Douleur thoracique aiguë = motif de consultation fréquent en médecine générale et aux urgences (*Graff LG et al. 1997; Leite L et al. 2015*)
- Nécessité d'éliminer une pathologie potentiellement mortelle ou nécessitant une prise en charge urgente (syndrome coronarien aigu, dissection aortique ...)
- Nombreux diagnostics différentiels
- 2-4 % diagnostics « manqués » (*Lee TH et al. 1987; Pope JH 2000*)



1 - Introduction





A – Présentation clinique



- Interrogatoire :
 - caractériser de la douleur (type)



1. Rétro sternale constrictive.
2. A l'effort.
3. Cédant en moins de 10 min au repos ou après TNT

- 3 critères = **Typique**
- 2 critères = « **Atypique** »
- Si non liée à l'effort et insensible la TNT = « **Non angineuse** »



A – Présentation clinique



- Interrogatoire :
 - caractériser de la douleur
 - antécédents
 - facteurs de risques cardiovasculaire +++
- Examen clinique
- Constantes



Tableau I. Diagnostic différentiel des douleurs thoraciques

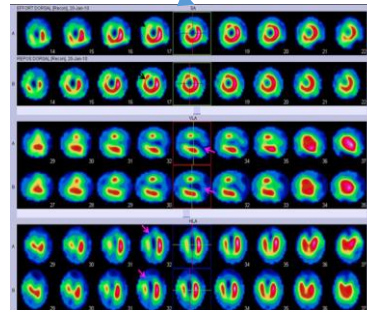
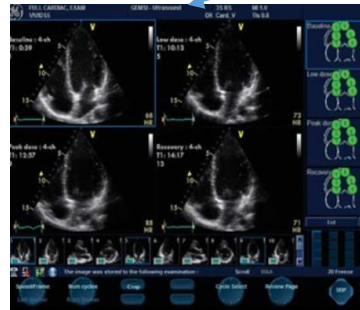
Douleurs d'origine pariétale	Douleurs fréquentes (près de 50% des cas en médecine de famille!), le plus souvent banales (par exemple chest wall syndrome, douleurs irradiant du rachis, zona, status après sternotomie, etc.). Mais aussi traumatismes et métastases osseuses
Douleurs cardiaques	Infarctus, angor instable, crise d'angor prolongé. Il s'agit de reconnaître les douleurs aiguës demandant une intervention rapide
Douleurs vasculaires	Embolies pulmonaires, troubles du rythme, crises aiguës d'hypertension, ruptures d'anévrisme, cardiomyopathies, sténoses aortiques ou prolapsus mitral
Douleurs d'origine psychogène	Entre autres: anxiété, attaques de panique, état anxiodépressif, troubles somatoformes, dont la fibromyalgie. L'association entre trouble psychologique et douleur fait l'objet d'une littérature abondante et complexe
Douleurs respiratoires	Bronchopneumonies et infections aiguës
Douleurs gastro-intestinales	Spasmes œsophagiens, syndromes de reflux gastro-œsophagien, œsophage en casse-noisette. Mais aussi cholécystites ou autre pathologie abdominale avec une douleur thoracique
Causes diverses	Pyélonéphrite, douleurs mammaires, douleurs référées
Douleurs d'origine indéterminée	



- Stratification du risque de maladie coronaire ++

Probabilité d'atteinte coronaire selon les symptômes, l'âge, le sexe et les facteurs de risque

	Douleur « non angineuse »				Douleur « atypique »				Douleur typique			
	H	H	F	F	H	H	F	F	H	H	F	F
	Faible	Elevée	Faible	Elevée	Faible	Elevée	Faible	Elevée	Faible	Elevée	Faible	Elevée
35 ans	3	35	1	19	8	59	2	39	30	88	10	78
45 ans	9	47	2	22	21	70	5	43	51	92	20	79
55 ans	23	59	4	25	45	79	10	47	80	95	38	82
65 ans	49	69	9	29	71	86	20	51	93	97	56	84

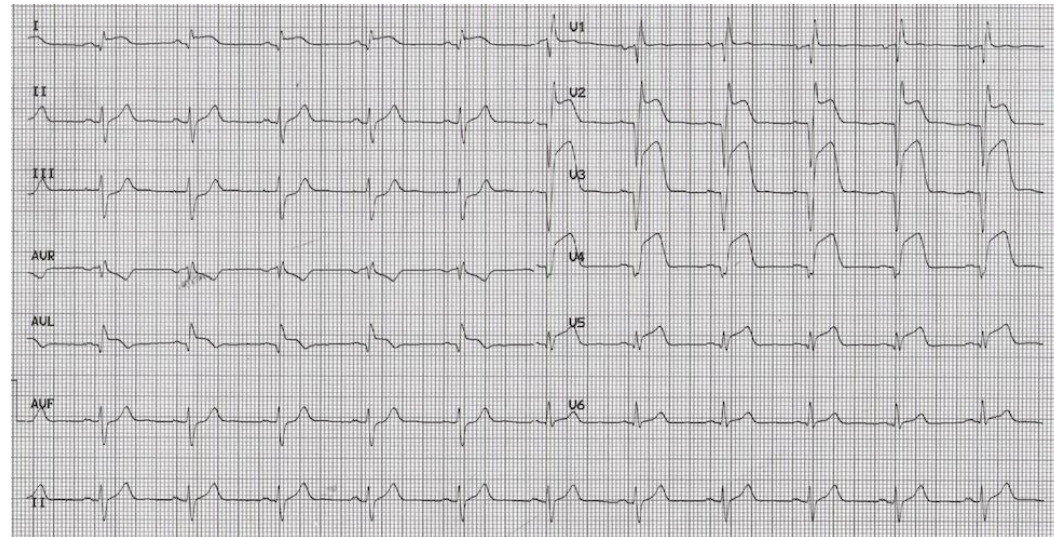


À partir de Guidelines NICE 2010



B - Place de l'ECG ++

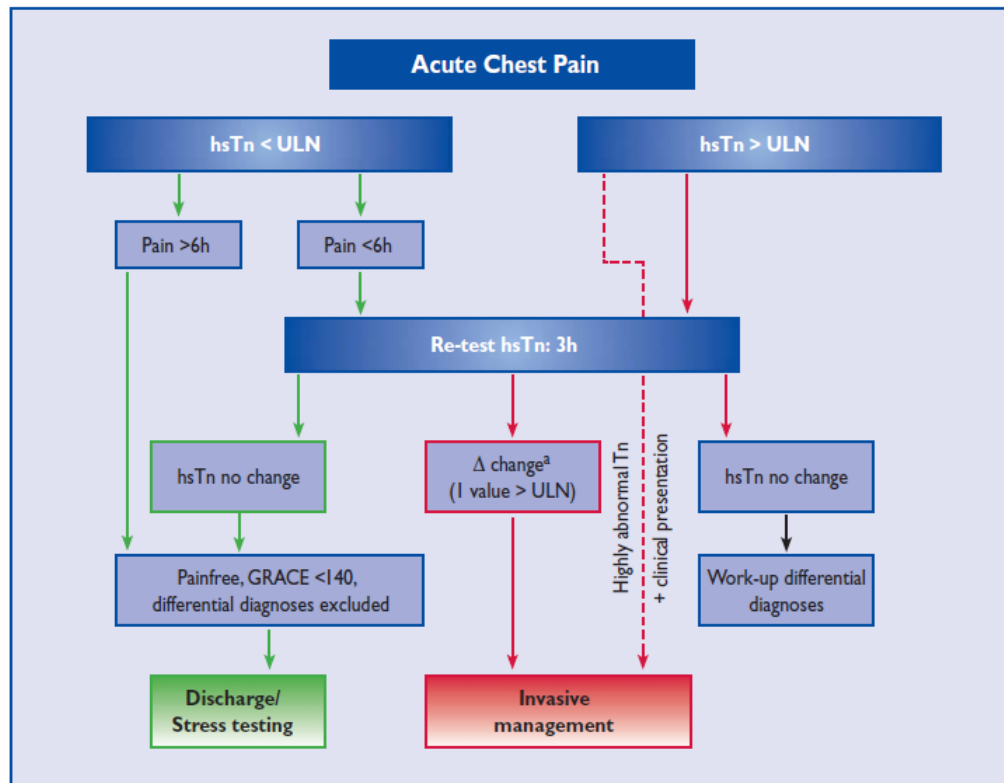
<p>It is recommended to obtain a 12-lead ECG within 10 min after first medical contact and to have it immediately interpreted by an experienced physician. It is recommended to obtain an additional 12-lead ECG in case of recurrent symptoms or diagnostic uncertainty.</p>	I	B
<p>Additional ECG leads (V_{3R}, V_{4R}, V_7-V_9) are recommended if ongoing ischaemia is suspected when standard leads are inconclusive.</p>	I	C





C - Intérêt du dosage de troponine

It is recommended to measure cardiac troponins with sensitive or high-sensitivity assays and obtain the results within 60 min.	I	A
A rapid rule-out protocol at 0 h and 3 h is recommended if high-sensitivity cardiac troponin tests are available.	I	B
A rapid rule-out and rule-in protocol at 0 h and 1 h is recommended if a high-sensitivity cardiac troponin test with a validated 0 h/1 h algorithm is available. Additional testing after 3–6 h is indicated if the first two troponin measurements are not conclusive and the clinical condition is still suggestive of ACS.	I	B





C - Intérêt du dosage de troponine en ville

- **Peu contributif en ville**
- L'attente du résultat ne doit pas retarder la prise en charge
- Cinétique de dosage des troponines hypersensibles : lors de la prise en charge et à la 3ème heure
- Pendant ce délai, la surveillance et le monitoring de l'ECG sont fondamentaux. La prise en charge doit se faire en milieu hospitalier.



2 - Douleur thoracique au cabinet

- « Dès que le diagnostic est évoqué de syndrome coronarien aigu, l'hospitalisation en urgence s'impose, pour pouvoir surveiller l'évolution clinique, et mettre en œuvre l'exploration qui permettra la confirmation du diagnostic, suivie d'une prise en charge thérapeutique appropriée »

HAS 2010



3 - Centre de Douleur Thoracique





- 4 lits avec télémétrie
- 1 salle d'examen
- 1 équipe médicale + 1 équipe paramédicale
- Ouverture du 5J/7 et 24h/24H
- Matériel dédié : 1 échographe, équipement pour tests d'efforts
- Accès rapide à la *Scintigraphie myocardique*, *Coroscanner*
- Prise en charge standardisée



02 41 35 30 86



4 – Retour d'expérience du CDT

1362 patients
admis entre jan. 2010 et déc. 2012



1362 patients
admis entre jan. 2010 et déc. 2012

10 patients exclus
- 6 sorties contre avis médical
- 4 données manquantes

Cardiaque
ischémique
374 patients
(27,7%)

SCA-ST+, n=14 (1%)

IDM tardif, n=25 (1,8%)

SCA-NST+, n=207 (15,3%)

Angor fonctionnel, n=87 (6,4%)

Angor stable, n=41 (3%)



4 – Retour d'expérience du CDT

1362 patients
admis entre jan. 2010 et déc. 2012

10 patients exclus
- 6 sorties contre avis médical
- 4 données manquantes

Cardiaque
ischémique
374 patients
(27,7%)

Cardio-
vasculaire non
ischémique
209 patients
(15,4%)

Péricardite, n=177 (13,1%)

Myocardite, n=19 (1,4%)

Embolie pulmonaire, n=11 (0,8%)

Dissection aortique, n=87 (6,4%)



4 – Retour d'expérience du CDT

1362 patients
admis entre jan. 2010 et déc. 2012

10 patients exclus
- 6 sorties contre avis médical
- 4 données manquantes

Cardiaque
ischémique
374 patients
(27,7%)

Cardio-
vasculaire non
ischémique
209 patients
(15,4%)

Non cardio-
vasculaire
103 patients
(7,6%)

*Etiologies digestives,
n=73 (5,4%)*

*Etiologies
pulmonaires, n=25
(1,8%)*

*Autres diagnostics,
n=7 (0,5%)*



4 – Retour d'expérience du CDT

1362 patients
admis entre jan. 2010 et déc. 2012

10 patients exclus
- 6 sorties contre avis médical
- 4 données manquantes

Cardiaque
ischémique
374 patients
(27,7%)

Cardio-
vasculaire non
ischémique
209 patients
(15,4%)

Non cardio-
vasculaire
103 patients
(7,6%)

Douleur thoracique
d'origine
indéterminée
666 patients (49,3%)



**1362 patients
admis entre jan. 2010 et déc. 2012**

10 patients exclus
- 6 sorties contre avis médical
- 4 données manquantes

**Cardiaque
ischémique
374 patients
(27,7%)**

**Cardio-
vasculaire non
ischémique
209 patients
(15,4%)**

**Non cardio-
vasculaire
103 patients
(7,6%)**

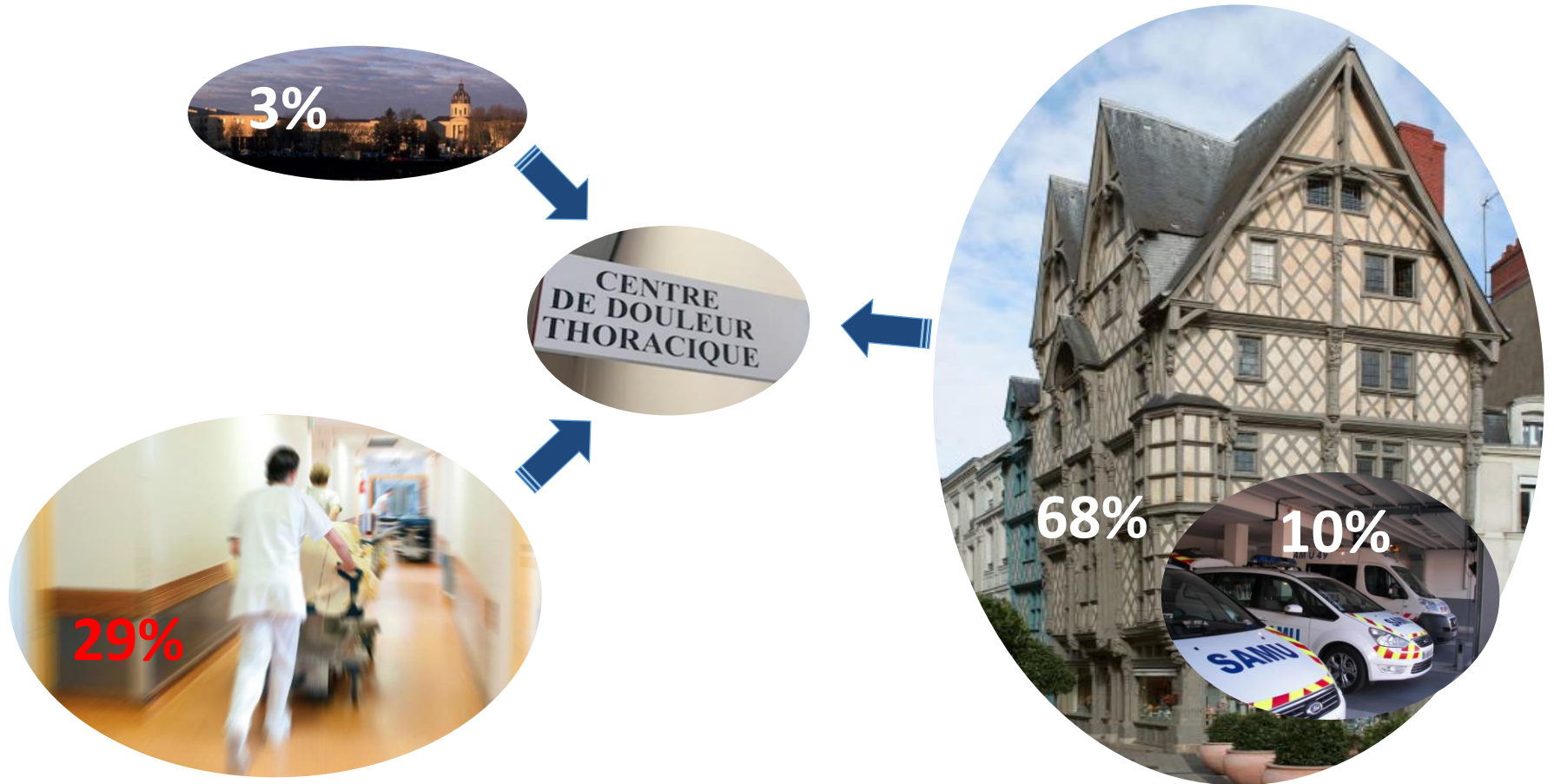
**Douleur thoracique
d'origine
indéterminée
666 patients (49,3%)**

50 patients exclus :
- 39 refus de suivi
- 11 perdus de vue

616 patients

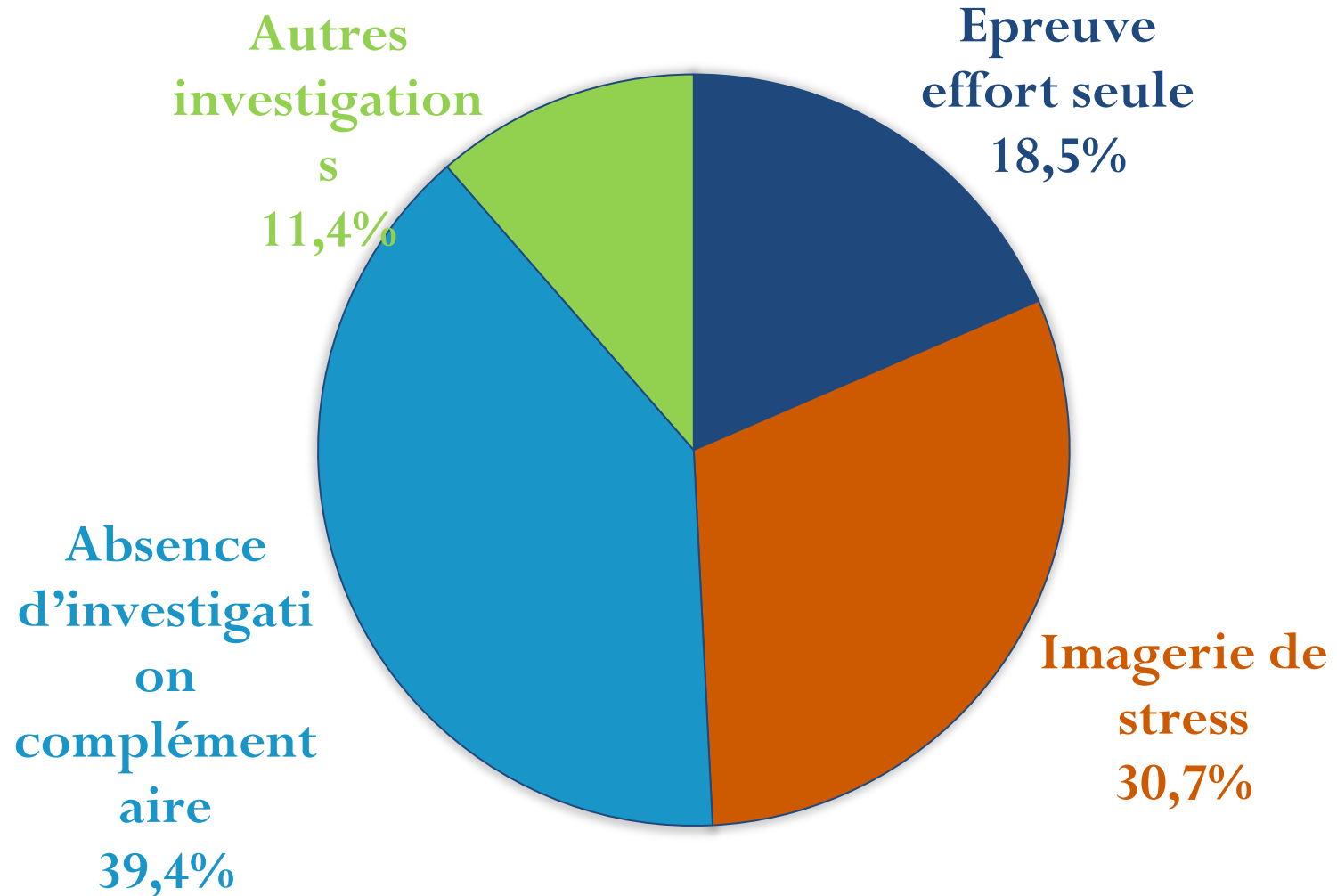


4 – Retour d'expérience du CDT



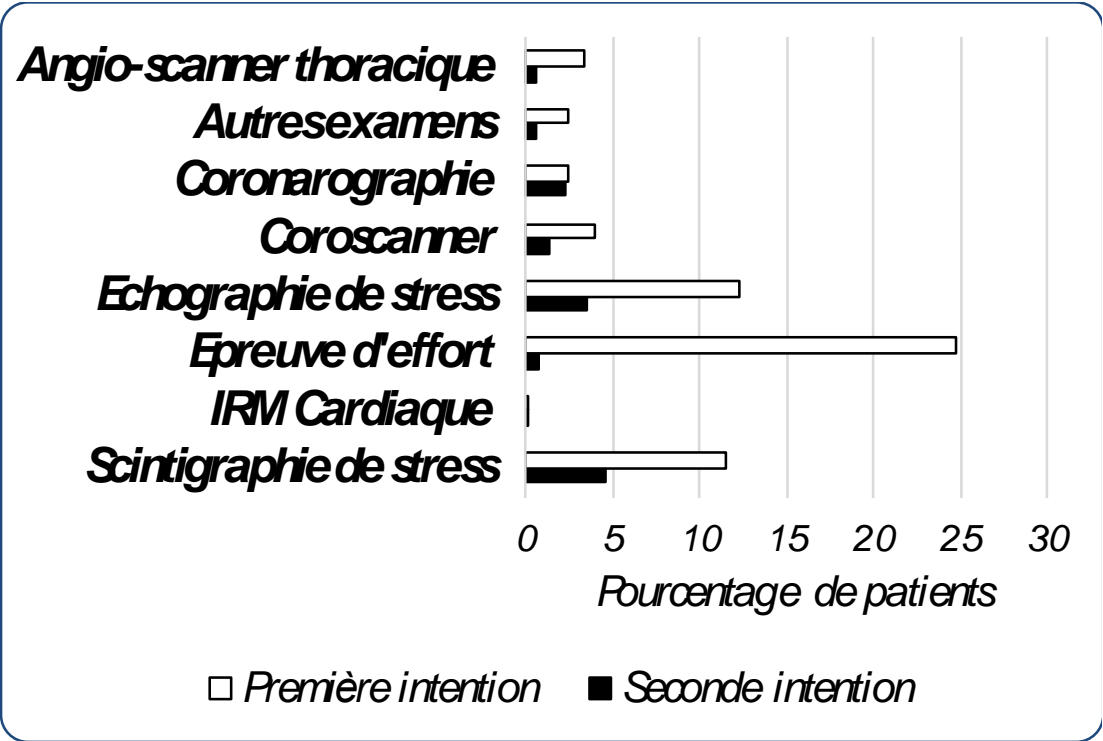
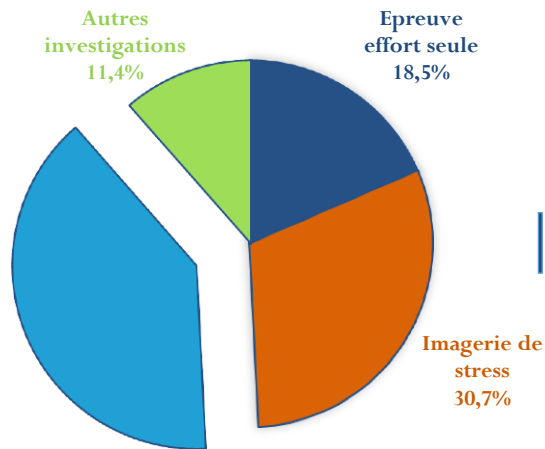


4 – Retour d'expérience du CDT





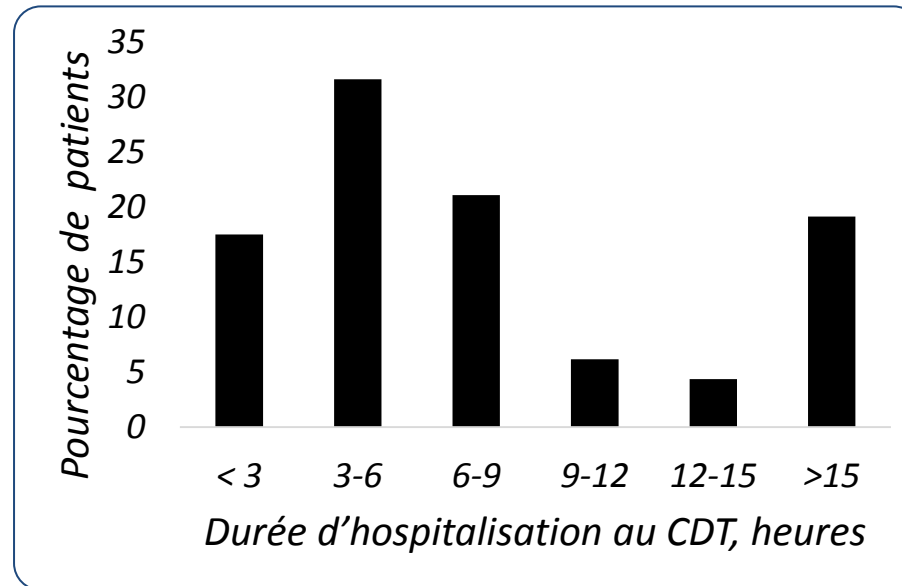
4 – Retour d'expérience du CDT





4 – Retour d'expérience du CDT

	Total (n=616)
Hospitalisation, no. (%)	77 (12.5)
Durée d'hospitalisation au CDT, heures	6.1 (3.6-10.3)
Durée de suivi, années	3.2 (2.6-4.1)





- Suivi : Critère primaire : Survenue **d'évènements cardiaques majeurs (MACE)**
 - 1) Décès cardio-vasculaire
 - 2) Evènement coronarien
 - Syndrome coronarien aigu (SCA)
 - avec sus décalage du segment ST (SCA ST+)
 - sans sus décalage du segment ST (SCA ST-)
 - Infarctus vu tardivement
 - Angor
 - 3) Coronarographie non programmée découvrant une lésion athéromateuse coupable



4 – Retour d'expérience du CDT

	A 1an	Suivi à long terme = Médiane 3,2 ans (2,6-4,1)
Total MACE, no. (%)	14 (2,3)	41 (6,7)
Décès, no. (%)	3 (0,5)	16 (2,6)
Arrêt cardio-respiratoire	0	3 (0,5)
Insuffisance cardiaque	1 (0,2)	4 (0,7)
Accident vasculaire cérébral	1 (0,2)	2 (0,3)
Autre étiologie cardiovasculaire	0	2 (0,3)
Cause inconnue	1 (0,2)	5 (0,8)
Evènements coronariens, no. (%)	9 (1,4)	25 (4,1)
Sca ST+	0	0
Sca ST-	7 (1,1)	12 (2)
Angor	2 (0,3)	13 (2,1)
Coronarographie non programmée, no. (%)	10 (1,6)	28 (4,5)
Lésion coupable	10 (1,6)	23 (82,1)
Urgence	7 (1,1)	13 (46,4)
Angioplastie coronaire	9 (1,4)	22 (78,6)



4 – Retour d'expérience du CDT

	A 1an	Suivi à long terme = Médiane 3,2 ans (2,6-4,1)
Total MACE, no. (%)	14 (2,3)	41 (6,7)
Décès, no. (%)	3 (0,5)	16 (2,6)
Arrêt cardio-respiratoire	0	3 (0,5)
Insuffisance cardiaque	1 (0,2)	4 (0,7)
Accident vasculaire cérébral	1 (0,2)	2 (0,3)
Autre étiologie cardiovasculaire	0	2 (0,3)
Cause inconnue	1 (0,2)	5 (0,8)
Evènements coronariens, no. (%)	9 (1,4)	25 (4,1)
Sca ST+	0	0
Sca ST-	7 (1,1)	12 (2)
Angor	2 (0,3)	13 (2,1)
Coronarographie non programmée, no. (%)	10 (1,6)	28 (4,5)
Lésion coupable	10 (1,6)	23 (82,1)
Urgence	7 (1,1)	13 (46,4)
Angioplastie coronaire	9 (1,4)	22 (78,6)



Evaluation clinique (type de douleur) et ECG ++



Evaluation clinique (type de douleur) et ECG ++



Prise en charge hospitalière dès suspicion d'un syndrome coronarien



Evaluation clinique (type de douleur) et ECG ++



Prise en charge hospitalière dès suspicion d'un syndrome coronarien



Place du Centre de Douleur Thoracique ++
Prise en charge spécifique, standardisée et rapide

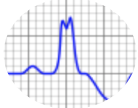


Merci de votre attention ...





Paramètres associés à la survenue de MACE



- Score de Grace élevé (*Fox KAA et al. 2006*)
- Maladie athéromateuse périphérique (*Criqui MH et al. 1992*)
- Bloc de branche de gauche (*Eriksson P et al. 2005*)
- Sexe masculin (*Mosca L et al. 2011*)
- Diabète (*Zellweger MJ et al. 2014*)