

Lilli Herzig, Marc Müller

Douleurs thoraciques en médecine de famille

Une contribution du congrès CMPR 2014

Problématique

Les douleurs thoraciques (DT) sont un challenge fréquent en médecine de famille, même s'ils ne représentent que 2–5% des consultations. Même si en face de DT on pense d'abord à une pathologie cardio-vasculaire (CV), la très grande majorité de ces douleurs en réalité ne concerne pas le cœur – en effet seulement 7–15% des DT au cabinet sont d'origine cardio-vasculaires selon les études [1]. Le défi consiste donc à diagnostiquer correctement les DT plutôt rares d'origine grave parmi une foule de DT d'origine diverses et le plus souvent banales (qui ne font pas l'objet de ce séminaire).

Le but de ce séminaire

- Elaborer la démarche clinique des différentes étapes des DT au cabinet du médecin de famille. Ces étapes sont illustrées par des vignettes cliniques.
- Construction, utilité et limites de scores cliniques (Lausanne, Marburg).

Introduction

Les médecins de famille travaillent essentiellement avec une démarche clinique: connaissance du patient, anamnèse et status et récemment les scores. Les examens paracliniques ont une importance secondaire.

Vignette clinique

H. 1954 en bonne santé habituelle qui se plaint depuis 1 semaine, de DT, retrosternales, oppressantes d'une durée de 5–10 minutes, récidivantes à plusieurs reprises dans la journée. La douleur est oppressante, sans irradiation, aggravée par l'effort, mais: apparaît aussi en position assise ou couchée.

Autre diagnostic: spondylarthrite ankylosante HLA B27 positive et uvéites récidivantes.

Traitement habituel: Remicade®

FRCV

- Pas de tabagisme
- Peu d'activité sportive (ski en hiver)
- Absence de diabète et absence HTA
- Pas d'antécédents personnels de maladie CV
- Histoire familiale positive: 2 oncles avec pontages, 1 oncle décédé suite à un infarctus
- Ergométrie normale (pour une assurance vie) en 2002

Status

- Taille 169 cm, poids 68 kg, BMI 24
- TA 122/76 ddc FC 76
- Auscultation CV: sp
- Pas d'œdèmes périphériques

Les questions que tout médecin de famille se pose à ce stade se résument à:

- Urgence – pas urgence?
- Cœur – pas cœur?
- Score de Lausanne / de Marburg? Autre score?
- Grave – pas grave?
- Examens complémentaires: oui / non / lesquels?
- Référence au spécialiste?
- Attitude thérapeutique?
- Suivi?

Des discussions animées, basées sur les expériences cliniques des participants permettent de dégager différentes attitudes, variables peut être aussi en fonction du lieu de consultation, de l'accès facile à un spécialiste ou à un hôpital. Sont ensuite discutés les scores de Lausanne et de Marburg qui déduisent tous les deux que ce patient est à haut risque de maladie cardiovasculaire par les éléments suivants: AF positive, douleur thoracique «typique», aggravée par l'effort. Les scores donnent 9 points pour le score de Lausanne et 4 points pour celui de Marburg donc les deux fois considéré comme risque élevée. Cependant, tous les participants ne sont pas tout à fait convaincus de ce risque élevé – ce qui montre qu'un score seul ne suffit pas pour une démarche diagnostique!

Les examens paracliniques et l'ECG sont normaux avec des troponines <0,01. L'attitude de consensus, malgré cela adopté après discussion, était de faire une coronarographie d'emblée. Pas d'ergométrie par contre, car dans une situation apparemment typique, le risque de faux négatif est bien trop élevé.

La coronarographie s'est avérée normale et les douleurs disparaissent après un traitement de Nexium®!

En conclusion, malgré une douleur typique, un score de Lausanne à 9 et celui de Marburg à 4 il n'y avait pas de maladie coronarienne! En réalité le patient s'est informé sur internet et a probablement surtout retenu les éléments anamnestiques parlant en faveur d'une maladie CV, ce qui a influencé la prise en charge.

Tableau 1

Score de Lausanne: 0–5: bas risque / 6–8: risque moyen / 9–12: haut risque.

Critères	points
Femme ≥65 ans ou homme ≥55 ans	2
FRCV présent	2
AP de maladies CV	2
Aggravation à l'exercice	1
Durée 1–60 min	1
Douleur non reproductible à la palpation	2
Localisation retrosternale	2

Tableau 2

Score de Marburg: 0–1: probabilité faible / 2–3: probabilité intermédiaire / 4–5: probabilité élevée.

Critères	points
Femme ≥65 ans ou homme ≥55 ans	1
AP de maladies coronarienne, artériopathie périphérique ou cérébrovasculaire	1
Aggravation à l'exercice	1
Douleur non reproductible à la palpation	1
Origine cardiaque suspectée par le patient	1

Construction d'un score clinique

Les scores de Lausanne et de Marburg sont discutés pour montrer la construction méthodologique d'un score clinique, issue de deux études similaires en médecine de famille, soit l'étude TOPIC (pour ThOracic Pain In Community à Lausanne) et une étude en médecine de famille faite à Marburg. Les deux études, faites indépendamment à la même période ont collectionnées des données sur l'anamnèse, le status et les examens paracliniques (TOPIC: 70 variables et Marburg 90 variables). Chaque étude a défini son outcome en déterminant la présence ou l'absence d'une maladie CV. En connaissant les variables décrits dans la littérature pour les maladies CV, des analyses individuelles des variables dans chaque étude (univariée et multivariée) ont été effectuées pour identifier les variables éligibles pour un score clinique. Sur la base de ces variables éligibles, chaque étude a dérivé son propre score. Ensuite des seuils ont été déterminés et pour les 2 scores il s'agissait de trouver un seuil, «garantissant» l'absence de maladies CV et permettant ainsi d'exclure une maladie grave (importance d'une sensibilité élevée). La dernière étape méthodologique pour chaque étude était une validation interne de chaque score.

L'originalité de la démarche pour ces deux scores est qu'ensuite chaque score a pu profiter d'une validation externe croisée dans l'autre étude, ce qui a permis de renforcer la qualité et la sécurité du score [2, 3]. Cette étape est à la fois obligatoire pour valider un score, et en réalité rarement fait dans une étude externe. Dans la validation externe le score de Marburg a été légèrement plus solide.

Ainsi, un tel score ne fait que chiffrer notre expérience clinique, il peut la valider, la rendre solide et reproductible d'un point de vue méthodologique! Mais un score seul ne suffit pas pour poser un diagnostic, il ne remplace pas le savoir, l'expérience et les compétences du médecin qui intègre une multitude d'autres éléments dans son jugement et dans son attitude, comme la discussion l'a d'ailleurs montré dans le séminaire.

Démarche diagnostique

Ce que nous faisons: le premier pas se fait comme à l'hôpital; face à une douleur thoracique, nous cherchons à exclure une maladie cardio-vasculaire et/ou une autre urgence (embolie pulmonaire, anévrisme, pneumonie). Mais dès fois ce premier pas est tellement implicite que nous ne nous rendons même plus compte que nous le faisons! Ensuite, nous cherchons à établir une hypothèse diagnostique en cherchant dans les éléments de l'anamnèse, du status ou d'un score, ce qui parle pour ou contre une maladie grave. Pour cela nous sommes aidés par notre connaissance du patient! Et c'est un ensemble d'éléments qui nous font pencher pour une hypothèse que nous cherchons ensuite à étoffer soit par des examens paracliniques, soit par un avis de spécialiste.

En conclusion

La DT est une symptomatologie courante en MF, elle est un challenge diagnostique, car elle peut représenter autant une urgence vitale qu'une maladie banale. Les symptômes y sont souvent aspécifiques et la prévalence en MF est basse pour les urgences vitales.

La démarche clinique se fait en plusieurs étapes, associant un premier coup d'œil, (souvent étonnamment juste), l'anamnèse, le status, les scores cliniques, l'intégration du savoir scientifique et l'expérience du médecin pour conduire à un choix d'examens paracliniques, au diagnostic et à une attitude thérapeutique adéquate. Les scores cliniques discutés ont été développés à partir du savoir du clinicien et permettent d'exclure rapidement une maladie grave (coronaropathie) s'ils sont négatifs, mais ne peuvent affirmer leur présence s'ils ne sont pas négatifs!

Le médecin doit intégrer l'ensemble de la démarche clinique et non un élément seul pour poser son diagnostic différentiel et orienter correctement la prise en charge.

Références

- Verdon F, Herzig L, Burnand B, Bischoff T, Pecoud A, et al. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. *Swiss Med Wkly.* 2008; 138(23-24):340–7.
- Gencer B, Vaucher P, Herzig L, Verdon F, Ruffieux C, et al. Ruling out coronary heart disease in primary care patients with chest pain: a clinical prediction score. *BMC medicine.* 2010;8:(9).
- Bosner S, Haaseneritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ.* 2010;182(12):1295–300.

Correspondance:
Dr méd. Lilli Herzig
Institut de Médecine Générale
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
lilli.herzig[at]hin.ch