

L. Herzig

Dr Lilli Herzig
 FMH médecine générale, responsable
 recherche IUMG Lausanne
 Bugnon 44, 1011 Lausanne
 lilli.herzig@hin.ch

Rev Med Suisse 2014; 10: 295-6

INTRODUCTION

Que ce soit en médecine ambulatoire ou hospitalière, la douleur thoracique reste toujours un défi diagnostique et clinique. En médecine de famille, la douleur thoracique correspond à 0,7-2,7% seulement de toutes les consultations,¹⁻³ et les étiologies de ces douleurs sont dues à des pathologies très diverses, le plus souvent banales, très peu décrites dans la littérature scientifique et quasi inconnues à l'hôpital. En effet, la douleur thoracique est une symptomatologie diversifiée (tableau 1), alliant des origines graves (en particulier cardiovasculaires) ou banales (comme les douleurs pariétales), complexes (plusieurs pathologies sous-jacentes) ou simples; elle peut être aiguë ou chronique, mais demande toujours une attention particulière de la part du médecin de famille.²

Les causes urgentes sont autant source d'inquiétude pour le médecin que pour le patient, mais elles sont rares en médecine de famille. Elles doivent être reconnues dans un contexte de basse prévalence, parmi une multitude de douleurs thoraciques, le plus souvent aspécifiques, pour démarrer rapidement la prise en charge adéquate. Pour

arriver, le médecin de famille dispose de plusieurs outils ou tests diagnostiques; avant tout l'anamnèse, le status et les examens paracliniques, mais dernièrement aussi les scores cliniques.

La douleur thoracique en médecine de famille est ainsi un challenge très représentatif de la démarche clinique. Car, implicitement ou explicitement, le médecin associe d'abord un certain nombre d'éléments très divers, incluant la plainte du patient (verbale, anamnèse), son aspect physique (non verbal), des informations diverses (facteurs de risque, anamnèse personnelle connue), son savoir scientifique et son expérience propre, voire son inquiétude personnelle. En fonction de l'importance de la douleur et de l'hypothèse diagnostique, le médecin établit un jugement et décide d'une prise en charge. Cette démarche est souvent extrêmement rapide; en effet, dans bien des cas, le premier coup d'œil suffit pour déterminer un état de gravité et une hypothèse diagnostique pertinente.⁴ Parfois, même sans le savoir, il a utilisé des scores cliniques, établis pour soutenir sa démarche clinique par l'évidence de la médecine factuelle. Cependant, les scores cliniques ne sont qu'un des éléments de la boîte à outils du clinicien et ils ont leurs limites et leurs forces. La douleur thoracique nous permet ici de réfléchir à l'ensemble des éléments de la démarche

clinique (du premier coup d'œil au diagnostique et à la prise en charge), et en particulier à la place et à la pertinence des scores cliniques.

SCORES CLINIQUES

En médecine de famille, plusieurs scores ont été développés à partir de la clinique pour soutenir la démarche clinique par l'évidence de la médecine factuelle. Ils donnent rapidement des éléments chiffrables, orientant le diagnostic différentiel. Nous discuterons essentiellement deux scores; celui de Marburg (tableau 2), qui cherche à exclure un syndrome coronarien aigu, et le score de Genève modifié (tableau 3) pour exclure une embolie pulmonaire. Les deux scores ont une haute sensibilité et une spécificité plutôt basse, ce qui permet d'éviter des faux négatifs, ou autrement dit: si un score négatif permet d'exclure une pathologie aiguë urgente, un score positif ne signifie pas la présence d'une telle pathologie, mais indique qu'il faut des investigations supplémentaires pour aboutir au diagnostic final.

CONCLUSION

La douleur thoracique, qui est une symptomatologie courante en médecine de fa-

Tableau 1. 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	

Tableau 2. Exclusion d'un syndrome coronarien aigu, score de Marburg^{5,6}

Critères	Points
1. Femme ≥ 65 ans ou homme ≥ 55 ans	1
2. Antécédent de maladies vasculaires (maladie coronarienne, artériopathie périphérique ou maladie cérébrovasculaire)	1
3. Aggravation de la douleur à l'exercice	1
4. Douleur non reproductible à la palpation	1
5. Douleur d'origine cardiaque suspectée par le patient	1
Score 0-1: probabilité faible Score 2-3: probabilité intermédiaire Score 4-5: probabilité élevée	
Ce score est disponible en ligne sur le site des applications médicales de la Revue Médicale Suisse (www.medhyg.ch/scoredoc/)	

Tableau 3. Exclusion d'une embolie pulmonaire, score de Genève révisé^{7,8}

Facteurs de risque	Points
• Age > 65 ans	1
• Antécédents de thrombose ou embolie	3
• Chirurgie sous anesthésie générale ou fracture des membres inférieurs dans le mois précédent	2
• Cancer solide ou hématologique actif ou en rémission depuis moins d'un an	2
Symptômes	
• Douleur unilatérale d'un membre inférieur	3
• Hémoptysie	2
Signes cliniques	
• Douleur à la palpation d'un trajet veineux et œdème unilatéral d'un membre inférieur	4
• Fréquence cardiaque 75-94/min	3
• Fréquence cardiaque > 94/min	5
Probabilité clinique d'embolie pulmonaire	
• Bas	0-3
• Intermédiaire	4-10
• Elevé	> 10

Ce score est disponible en ligne sur le site des applications médicales de la *Revue Médicale Suisse* (www.medhyg.ch/scoredoc/)

mille, représente un challenge diagnostique pour le praticien, car les symptômes sont le plus souvent aspécifiques. Comme aux urgences hospitalières, elle peut être secondaire à une cause représentant une urgence vitale, mais elle est bien plus souvent liée à des pathologies d'origines très différentes.

La démarche clinique se fait en plusieurs étapes, allant du premier coup d'œil, souvent étonnamment juste, à l'anamnèse et au status, en passant par les scores cliniques, tout en intégrant le savoir scientifique et l'expérience du médecin, pour aboutir au choix d'examen paracliniques et au diagnostic.

Les scores cliniques sont un des éléments de la démarche clinique. Ils ont été développés à partir du savoir du clinicien et permettent d'exclure rapidement une maladie grave (coronaropathie ou embolie pulmonaire) s'ils sont négatifs. Au contraire, un score positif signifie qu'il faut compléter les investigations par des tests paracliniques orientés en fonction de la pathologie suspectée et recherchée. Le médecin doit intégrer l'ensemble de la démarche clinique et non un élément isolé pour poser son diagnostic différentiel et orienter correctement la prise en charge.

Bibliographie

- 1 Svavarsdottir AE, Jonasson MR, Gudmundsson GH, Fjeldsted K. Chest pain in family practice. Diagnosis and long-term outcome in a community setting. *Can Fam Physician* 1996;42:1122-8.
- 2 Verdon F, Herzig L, Burnand B, et al. Chest pain in daily practice: Occurrence, causes and management. *Swiss Med Wkly* 2008;138:340-7.
- 3 Bosner S, Becker A, Haasenritter J, et al. Chest pain in primary care: Epidemiology and pre-work-up probabilities. *Eur J Gen Pract* 2009;15:141-6.
- 4 Verdon F, Junod M, Herzig L, et al. Predictive ability of an early diagnostic guess in patients presenting with chest pain; a longitudinal descriptive study. *BMC Fam Pract* 2010;11:14.
- 5 Gencer B, Vaucher P, Herzig L, et al. Ruling out coronary heart disease in primary care patients with chest pain: A clinical prediction score. *BMC Medicine* 2011;8:9.
- 6 Bosner S, Haasenritter J, Becker A, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: Development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ* 2010;182:1295-300.
- 7 Le Gal G, Righini M, Roy PM, et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: The revised Geneva score. *Ann Intern Med* 2006;144:165-71.
- 8 Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 2006;166:169-75.