Origine organique ou fonctionnelle?

Pas d'inquiétude, ce ne sont que des douleurs thoraciques!

Dorine DeCaro-van Houten, Bernard Favrat, Olivier Pasche

Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, Yverdon-les-Bains

Peer reviewed article

Le diagnostic différentiel vaste des douleurs thoraciques et également leur potentielle gravité en font un réel défi diagnostique pour les médecins.

«Docteur, j'ai mal dans la poitrine!»

Les douleurs thoraciques sont fréquentes. En effet, 20 à 40% des personnes en souffrent au moins une fois dans leur vie [1]. Cela est vrai tant lors des consultations de médecine d'urgence que lors des consultations en médecine de premier recours où les douleurs thoraciques sont mentionnées par près de 3% des patients, une fois sur deux en tant que motif de recours principal. Cependant, en médecine générale, seul 15% d'entre elles sont d'origine cardio-vasculaire alors que 2% seulement menacent le pronostic vital [2]. Dans les centres d'urgence, 75% des douleurs thoraciques sont dues à une maladie coronarienne [3], justifiant un bilan complet systématique. La prévalence, donc la probabilité prétest, de maladies graves dans ces deux contextes est très différente. Par conséquent, les stratégies diagnostiques ne peuvent être les mêmes, en particulier les scores diagnostiques et les algorithmes utilisés. Ceux qui sont développés dans le cadre des urgences hospitalières sont inadaptés en médecine de premier recours où le défi est d'identifier les causes potentiellement graves, mais également de protéger le patient d'investigations inutiles.

Evaluation initiale des douleurs thoraciques

Les étiologies des douleurs thoraciques sont nombreuses. En médecine de premier recours, la moitié est d'origine pariétale contre un quart d'origine pulmonaire et cardiovasculaire (fig. 1) [4].

Les douleurs d'origine pariétale sont habituellement d'intensité modérée et provoquées ou amplifiées par la position ou par le mouvement, mais aucune de ces caractéristiques n'est suffisamment spécifique pour rejeter des hypothèses alternatives et en particulier une étiologie plus grave. Malgré une certaine popularité des différents signes cliniques évocateurs d'une origine coronarienne de la douleur (fig. 2), leur spécificité et sensibilité sont imparfaites. Par exemple, le signe de Levine et le *«arm sign»* ont une spécificité acceptable, d'environ 80% pour une origine ischémique, mais une sensibilité médiocre qui ne dépasse pas 40%. Le *«finger sign»* ou *«pointing sign»* au contraire est très évocateur d'une origine pariétale: spécificité 98%, mais présente une sensibilité de 6% seulement [5]. Si ce signe est très typique pour une douleur pariétale, une très faible minorité de patients signalent leur douleur de cette manière, si bien que ce signe est souvent d'une utilité marginale dans la pratique [5].

Dans les urgences hospitalières, comme en médecine de premier recours, il est avant tout nécessaire d'avoir en tête les *«red*

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

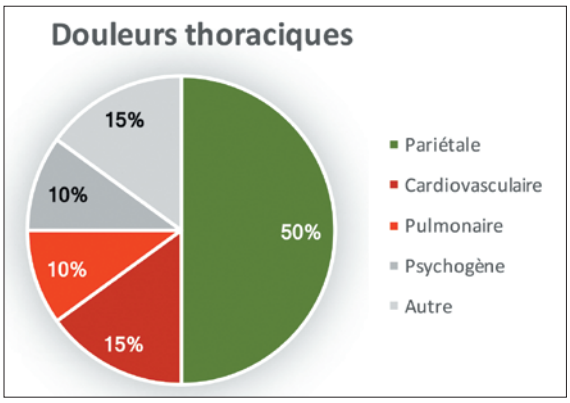

Figure 1: Étiologies des douleurs thoraciques en médecine de premier recours.

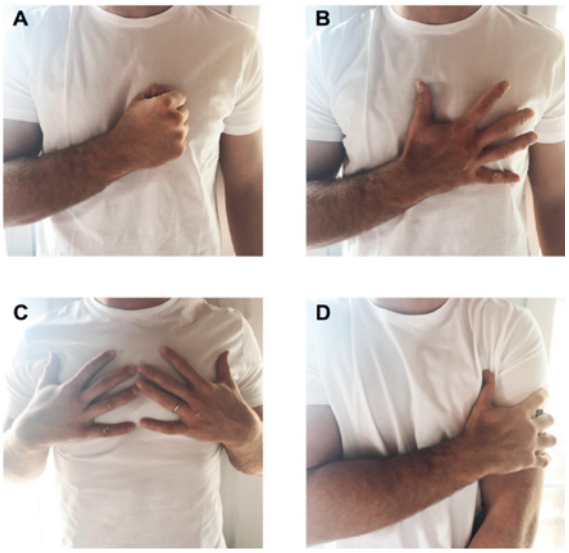

Figure 2: Signes connus comme évocateurs d'une coronaropathie. A: signe de Levine; B: *«palm sign»*; C: *«double palm sign»*; D: *«arm sign»*.

flags» qui regroupent les critères d'urgences et les situations à risque nécessitant des investigations immédiates ou une hospitalisation (fig. 3) [4].

Dans le contexte de la médecine de premier recours, lorsque ces critères sont absents, la probabilité d'une étiologie mettant en jeu le pronostic vital est très faible. Ce constat justifie de se limiter dans ce cas aux moyens à disposition du médecin généraliste, à savoir principalement son sens clinique, mais également les outils diagnostiques de base du cabinet: laboratoire, radiologie et électrocardiogramme.

Scores cliniques prédictifs pour la médecine de premier recours

En 2010, une équipe allemande a publié le score de Marburg (fig. 4) [1] basé sur une étude observationnelle transversale en médecine de premier recours chez 744 patients souffrant de douleurs thoraciques [1]. Quelques années auparavant, le groupe de recherche de l'institut universitaire de médecine générale de Lausanne avait développé un score similaire sur la base de l'étude lausannoise TOPIC *(Thoracic pain in community)* (fig. 4) [3]. Cette étude était prospective et observationnelle chez 672 patients souffrant de douleurs thoraciques dans un contexte ambulatoire [6].

Le score de Marburg a pu être validé avec les données de la cohorte TOPIC et réciproquement. Cette étape de validation externe est particulièrement importante dans le développement d'un score clinique prédictif dans la mesure où cela en augmente la robustesse.

Les scores cliniques prédictifs sont conçus pour exclure un maximum de sujets non malades dans le but d'éviter des investigations et des traitements inappropriés. Une haute sensibilité du test est requise pour parvenir à cet objectif. A cette caractéristique s'ajoute la recherche de tests dotés d'une bonne spécificité, c'est-à-dire amenant à un taux de faux positifs bas. Ainsi, la qualité d'un test peut être mesurée à l'aune de ces deux paramètres, la sensibilité et la spécificité, qui se combinent graphiquement sous forme de courbes ROC *(Receiver Operating Characteristic)*. Plus l'aire sous la courbe est proche de 1, meilleur est le test car plus grand est son pouvoir discriminant entre les personnes malades et les personnes saines (fig. 5) [1, 3].

Un score, mais encore?

Le score de Marburg contient des éléments objectifs, inhérents au patient, tels que l'âge ou les antécédents personnels. Au nombre des différences problématiques entre les deux scores, il faut citer l'absence de critères relatifs aux facteurs de risque cardiovasculaires dans le score de Marburg alors que dans le score de la cohorte TOPIC, ceux-ci sont pris en compte. La conséquence de cette différence est qu'un patient avec d'importants facteurs de risque cardiovasculaires mais sans antécédents cardiovasculaires, par exemple présentant un tabagisme, un diabète et une dyslipidémie, pourrait être classé à tort dans une classe de risque bas, au même titre qu'un patient dépourvu de tout risque. A ce titre, le score dérivé de l'étude TOPIC semble plus prudent pour les patients à haut risque. Pour le clinicien qui utiliserait le score de Marburg, il convient d'intégrer dans le raisonnement clinique la question des facteurs de risque cardiovasculaires et d'adapter son attitude en conséquence [6].

Tous les médecins considéreraient qu'il est impératif d'exclure une ischémie myocardique dans ce cas. Or en appliquant aveuglément le score de Marburg, le clini-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Critères d'urgence	Situations à risque
Etat de choc	Sudations profuses
Trouble de l'état de conscience ou état confusionnel	TAS <100 mm Hg et/ou pouls >100/min
Syncope	Suspicion clinique de maladie thromboembolique
Suspicion de dissection aortique: asymétrie des pouls	Pouls irrégulier
Déficit neurologique évocateur d'une ischémie médullaire Dyspnée ou Tachypnée >20/min	Turgescence jugulaire ou autres signes d'insuffisance cardiaque
Cyanose ou SpO2 <90%	Nausées et vomissements
	Prise de cocaïne dans les 4 jours
→ Nécessite en général une hospitalisation	*→ Nécessite des investigations immédiates avec surveillance et éventuel hospitalisation*

Figure 3: Drapeaux rouges des douleurs thoraciques [4]. Reproduction avec l'aimable autorisation de Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg.

Score TOPIC	
Variables	***Points***
Catégories selon l'âge et le sexe H <55 ans ou F <65 ans H 55–64 ans ou F 65–74 ans H ≥ 65 ans ou F ≥75 ans	 0 2 2
Facteurs de risques cardiovasculaires connus 0 1–2 ≥3	 0 2 2
Antécédents de maladies cardiovasculaires	2
Durée de la douleur 1–60 minutes	1
Localisation rétrosternale	2
Aggravation à l'effort	1
Non reproductible à la palpation	1
→ 0-4 Si P Pré test = 15% -> Probabilité faible (<1%) *→ 5-7 Si P Pré test = 15% -> Probabilité intermédiaire (12%)* *→ 8-11 Si P Pré test = 15% -> Probabilité élevée (72%)*	

Score de Marburg	
Variables	***Points***
Femme ≥65 ans ou Homme ≥55 ans	1
Antécédents de maladie cardiovasculaire	1
Aggravation de la douleur à l'effort	1
Douleur non reproductible à la palpation	1
Douleur d'origine cardiaque suspectée par le patient	1
→ 0-1 Si P Pré test = 15% -> probabilité faible (<1%) → 2-3 Si P Pré test = 15% -> probabilité intermédiaire (15%) → 4-5 Si P Pré test = 15% -> probabilité élevée (70%)	

Figure 4: Scores cliniques prédictifs des douleurs thoraciques [1, 3]. Reproduction avec l'aimable autorisation de Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg [3]. Copied under licence from Access Copyright. Further reproduction, distribution or transmission is prohibited except as otherwise permitted by law [1].

cien serait faussement rassuré sur une origine cardiaque car il obtiendrait 1 point, ce qui en ferait une probabilité faible! Le score TOPIC, par contre, donnerait un résultat dans une probabilité intermédiaire (6 points) justifiant la recherche d'une ischémie myocardique.

Par ailleurs il faut relever que ces scores sont validés en présence d'une douleur thoracique alors qu'il n'est pas rare qu'une ischémie myocardique se présente de manière atypique, par une dyspnée ou une plainte épigastrique. Il convient donc de les appliquer avec discernement et tenir compte de tous les paramètres, en particulier du fait qu'à degré de sévérité identique, les médecins généralistes ont tendance à référer plus souvent les hommes à un cardiologue que les femmes (OR 2,3; 95%CI: 1,30–3,78) [7].

Ces deux scores comportent des éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique qui sont de nature plus subjective et requièrent une interprétation de la part du clinicien. Il nous semble intéressant d'explorer ces différents points afin d'en exploiter toute la finesse clinique et décisionnelle.

Vignette clinique

Un patient de 53 ans, sans antécédents cardiovasculaires, connu pour un tabagisme à 2 paquets par jour depuis 35 ans, et un diabète depuis 10 ans, se présente à la consultation pour un épisode de douleur thoracique rétrosternale de quelques minutes non liées à un effort et non reproductible à la palpation. Il ne pense pas que sa douleur est d'origine cardiaque car celle-ci a disparu.

Anamnèse, et si on s'inspirait de l'approche psychosomatique?

Très en vogue en cardiologie, le syndrome de Takotsubo, se présente généralement avec la même clinique qu'un syndrome coronarien aigu mais avec une coronarographie normale. Dans 70% des cas il est déclenché par un stress émotionnel. L'explication la plus communément admise est qu'une décharge de catécholamines provoque un spasme coronarien transitoire avec pour effet une ischémie et un ballonnement ventriculaire habituellement réversible [8]. Ce syndrome, est l'illustration typique des intrications à la fois fortes et mal connues entre origine organique et psychique.

Au nombre des différences entre le score de Marburg et le score TOPIC, il convient de relever que la variable, «douleur d'origine cardiaque suspectée par le patient» du score de Marburg ne faisait pas partie des paramètres récoltés tels quels dans l'étude TOPIC. Les auteurs de la validation du score de Marburg dans la cohorte TOPIC ont donc utilisés un autre paramètre comme variable jugée équivalente, soit la réponse à la question «êtes-vous très inquiet concernant votre douleur thoracique?» issu du questionnaire de l'étude TOPIC. Malheureusement, ce raccourci cache en réalité une nuance sémantique importante [1]. La question du score de Marburg fait mention de l'origine cardiaque de la douleur en dehors de toute connotation émotion-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

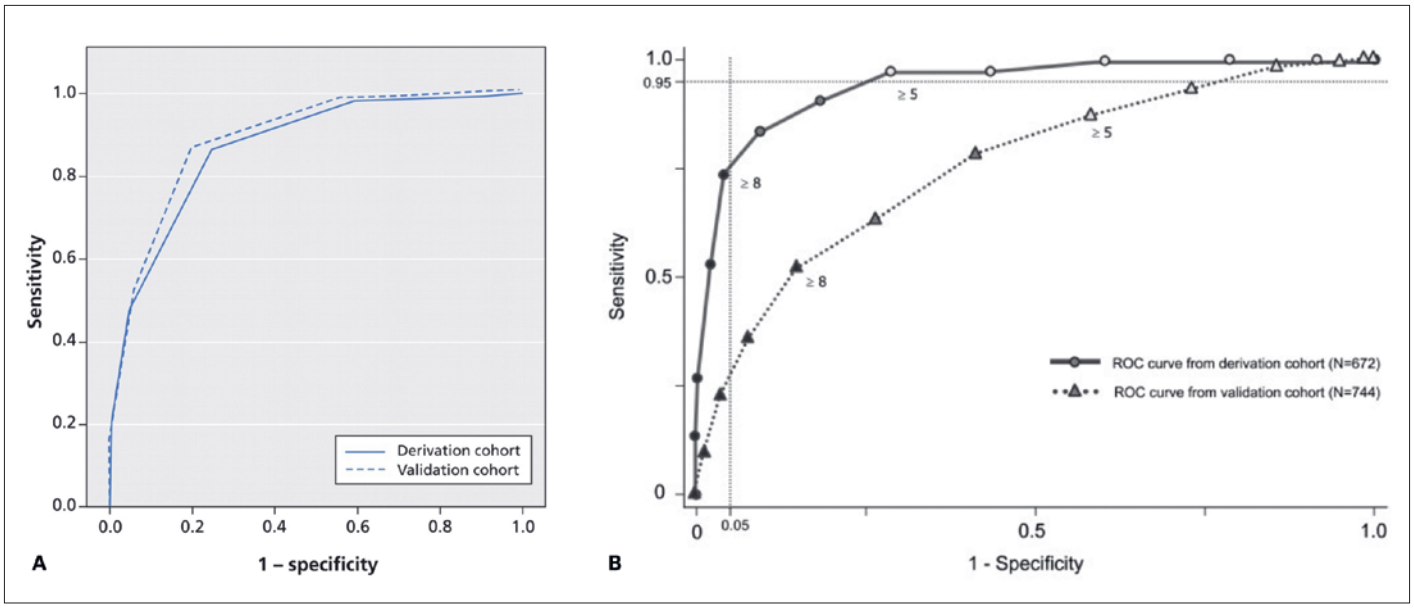

Figure 5: Courbes ROC du score de Marburg (A) [1] et du score TOPIC (B) [3]. Copied under licence from Access Copyright. Further reproduction, distribution or transmission is prohibited except as otherwise permitted by law [1]. Reproduction avec l'aimable autorisation de Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg [3].

nelle alors que la question de l'étude TOPIC introduit la notion d'inquiétude. En effet, un patient qui suspecte que sa douleur est d'origine cardiaque peut avoir de nombreuses raisons à son appréciation qui seront de nature à renforcer la suspicion du clinicien ou au contraire à la diminuer, suivant que cela relève de la part d'intuition éclairée du patient, de son analyse pertinente des signaux de son organisme ou au contraire du fruit d'un emballement de son anxiété. A titre d'exemple, une douleur thoracique prend un sens tout différent pour les deux patients suivants: d'une part, un sujet anxieux ayant tout juste perdu un proche d'un infarctus ou, d'autre part, un sujet d'habitude serein consultant rarement son médecin.

Dans l'étude TOPIC, le diagnostic de douleur thoracique d'origine anxieuse posé par les cliniciens reposait sur la présence d'un facteur anxiogène déclencheur avec des signes et symptômes d'anxiété mais probablement aussi sur des informations non verbales perçues par le praticien. En effet, dans 53% des cas, le diagnostic avait été posé par le clinicien après la première minute de consultation alors que la contribution des examens paracliniques au diagnostic final était considérée comme marginale (4%) [3]. Cette étude laisse à penser que l'intuition du médecin, que les anglosaxons appellent *«gut feeling»*, est un des éléments importants du diagnostic et de la prise en charge proposée en médecine générale [9].

Il découle de ce qui précède, que l'anamnèse est l'étape de la consultation déterminante pour le diagnostic. Durant cette phase, le clinicien doit explorer toute l'étendue du symptôme, y compris les croyances, les craintes et les représentations du patient selon le modèle de la médecine psychosomatique. Comme l'a décrété le Docteur Louis Velluet dans son livre au titre explicite «Le médecin généraliste, un psy qui s'ignore», en présence d'un symptôme énigmatique, il convient de s'intéresser au monde du patient, à son vécu et à son ressenti [10].

En ce qui concerne le score de Marburg, il est important de garder en tête que tout score n'est qu'une grille de lecture et de tenir compte du fait qu'un contexte anxiogène pour le patient en diminue la valeur prédictive, puisque ce score introduit l'opinion du patient et que celle-ci est influencée par la coloration de ses affects. Aussi, le score de Marburg paraît-il encore une fois présenter un inconvénient que ne présente pas le score dérivé de l'étude TOPIC. Il est donc important que le clinicien qui utiliserait le score de Marburg n'applique pas le score sans avoir exploré finement les plaintes du patient et sans avoir réfléchi au sens des observations de ce dernier.

Examen clinique – la médecine manuelle à la rescousse

Aucun des items de ces deux scores, pris isolément, n'est spécifiques ni d'une atteinte coronarienne ni d'un diagnostic alternatif comme une douleur d'origine pariétale. Il incombe donc au clinicien d'élargir son

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

anamnèse et son examen clinique pour cerner le diagnostic et interpréter les signes et symptômes en fonction des étiologies suspectées. Par exemple, chez des patients avec une haute suspicion d'embolie pulmonaire, la présence de douleurs thoraciques reproductibles à la palpation ne diminue pas la probabilité de l'embolie pulmonaire [11]. En revanche la présence d'antécédents de douleurs pariétales associée à la reproductibilité de la douleur à la palpation est évocateur d'un syndrome pariétal [12]. Une fois le danger vital écarté, le médecin (et le patient) ne sont pas toujours pleinement satisfaits, ni rassurés, par le diagnostic de «douleur pariétale», qui représente près de la moitié des douleurs thoraciques en médecine de premier recours, et laisse le patient et le clinicien sur leur fin.

C'est là que la médecine manuelle, de par la précision du diagnostic fonctionnel qu'elle amène, peut fournir une précision salutaire. Elle permet souvent d'évaluer plus finement les atteintes musculo-squelettiques et d'en préciser leur origine soit organique ou fonctionnelle. Ces dernières sont définies comme une atteinte de la fonction d'une partie du corps bien identifiée sans altération de sa structure fine. La médecine manuelle enseigne non seulement un examen clinique minutieux mais également une sémiologie fine des troubles fonctionnels. Le clinicien qui ne souhaite pas se spécialiser dans cette discipline, peut néanmoins accéder assez facilement à une connaissance diagnostique suffisante basée sur l'anatomie classique pour aller plus loin dans le diagnostic des troubles fonctionnels. Cette approche permet, non seulement de tranquilliser le médecin en lui permettant de faire un «diagnostic positif» de la problématique de son patient, de lui proposer une alternative thérapeutique différente en l'adressant à un médecin maîtrisant cette discipline, mais également de lui fournir une explication claire des raisons de sa douleur [13].

De notre expérience, le discours qui accompagne cette démarche clinique fine permet de rassurer le patient. Elle peut amener à ce dernier une nouvelle théorie explicative à son trouble, une nouvelle «histoire» dont la vertu est thérapeutique comme nous l'apprend John Launer, le successeur de Michael Balint dans son ouvrage intitulé *«Narrative-based medicine»* [14]. Cette démarche permet d'éviter le fameux piège qui consiste à dire à son patient au terme d'une stratégie d'exclusion d'une maladie rare que «vous n'avez rien» ou pire de dire «c'est dans la tête». Car procéder ainsi c'est faire fi du vécu pathique du patient qui a non seulement besoin de recevoir le bon diagnostic mais d'être reconnu dans sa souffrance comme nous l'a répété Marco Vannotti, un des pères de la médecine psychosomatique en Romandie dont nous ne pouvons que vous recommander la lecture [15].

Conclusion

Les douleurs thoraciques comportent un diagnostic différentiel étendu avec des pathologies mettant potentiellement en jeu le pronostic vital. Dans la pratique ambulatoire, la cause en est le plus souvent bénigne. Le clinicien doit donc pouvoir trier les cas les plus à risque. A ce titre, le score dérivé de l'étude TOPIC semble plus adapté que le score de Marburg qui tous deux doivent être utilisés avec discernement. Ces scores doivent toutefois rester des grilles de lecture complémentaires à une médecine centrée sur le patient où l'investigation de l'histoire et du vécu de ce dernier occupe une place importante. Compte tenu de la fréquence des problématiques pariétales et psychogènes, le médecin de premier recours devrait investir du temps à affiner ses compétences dans l'examen clinique et ses connaissances des outils de base de la médecine psychosomatique et de la médecine manuelle, sans pour autant devenir un expert en la matière. En cerner les principes fondamentaux est probablement suffisant et permet de donner au clinicien les pistes nécessaires pour donner un sens aux plaintes du patient.

Crédit photo
© Christine Langer-Püschel | Dreamstime.com

Résumé pour la pratique

- En médecine de premier recours, ¼ seulement des douleurs thoraciques ont une origine cardiaque ou pulmonaire.
- Les scores cliniques prédictifs tels que le score de Marburg ou le score TOPIC précisent uniquement la probabilité d'une maladie coronarienne en médecine de premier recours.
- Le score dérivé de la cohorte TOPIC semble être celui qui permet l'appréciation la plus sûre des patients à risque de maladie coronarienne.
- L'anamnèse et l'examen clinique enrichis par les outils de la médecine psychosomatique et de la médecine manuelle, permettent d'affiner la sémiologie des troubles organiques et fonctionnels une fois le danger vital écarté.

Références

1 Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. CMAJ. 2010;182(12):1295–300.
2 Cayley WE Jr. Diagnosing the cause of chest pain. Am Fam Physician. 2005;72(10):2012–21.
3 Herzig L, Vaucher P, Mühlemann N, Bischoff T, Favrat B, Gencer B. Développement, implémentation et utilisation pratique d'un score diagnostique. Rev Med Suisse. 2011;volume7.1078–83.
4 Cornuz J, Pasche O. Compas. Stratégies de prise en charge clinique médecine interne générale ambulatoire. 3e édition. Médecine et Hygiène. 2019;351–69.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

5 Marcus GM, et al. The utility of gestures in patients with chest discomfort. Am J Med. 120(1):83.
6 Verdon F, Herzig L, Muehlemann N, Dvorak C, Bischoff T, Jaunin-Stalder N,et al. Place de la clinique en médecine ambulatoire – les enseignements de l'étude TOPIC. Rev Med Suisse 2009;volume5.476–80.
7 Clerc Liaudat C, Vaucher P, De Francesco T, Jaunin-Stalder N, Herzig L, Verdon F, et al. Sex/gender bias in management of chest pain in ambulatory care. Women's health. 2018;14,1–9.
8 Lyon AR, Bossone E, Schneider B, Sechtem U, Citro R, Underwood SR, et al. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a Position Statement from the Taskforce on Takotsubo Syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2016;18(1):8–27.doi:10.1002/ejhf.424. Epub 2015.
9 Verdon F, Junod M, Herzig L, Vaucher P, Burnand B, Bischoff T, Pécoud A, Favrat B. Predictive ability of an early diagnostic guess in patients presenting with chest pain; a longitudinal descriptive study. BMC Fam Pract. 2010;11:14.doi:10.1186/1471-2296-11-14.
10 Louis Velluet. Le médecin, un psy qui s'ignore: médecine de famille et psychanalyse. Editions L'Harmattan, 2005.
11 Le Gal G, Testuz A, Righini M, Bounameaux H, Perrier A. Reproduction of chest pain by palpation: diagnostic accuracy in suspected pulmonary embolism. BMJ. 2005;330(7489):452–3. doi:10.1136/bmj.38331.602384.8F
12 Gräni C, Senn O, Bischof M, Cippà PE, Hauffe T, Zimmerli L, Battegay E, Franzen D. Diagnostic performance of reproducible chest wall tenderness to rule out acute coronary syndrome in acute chest pain: a prospective diagnostic study. BMJ Open. 2015;5(1):e007442. doi:10.1136/bmjopen-2014-007442
13 Rock JM, Rainey CE. Treatment of nonspecific thoracic spine pain with trigger point dry needling and intramuscular electrical stimulation: a case series. Int J Sports Phys Ther. 2014;9(5):699–711.
14 Launer J. Narrative-based primary care. A practical guide. Abington, UK: Radcliffe Medical Press; 2002.
15 Michèle Gennart & Marco Vannotti, Corps et histoire de vie. La maladie chronique : un défi pour les soignants et les proches (Editions Fabert, 2016).
16 Bösner S, Bönisch K, Haasenritter J, Schlegel P, Hüllermeier E, Donner-Banzhoff N. Chest pain in primary care: is the localization of pain diagnostically helpful in the critical evaluation of patients? – A cross sectional study. BMC Fam Pract. 2013;14:154. doi:10.1186/1471-2296-14-154.
17 Von Weizsäcker V. Le cycle de la structure. Desclée de Brouwer, Paris, 1958.
18 Haasenritter J, Donner-Banzhoff N, Bösner S. Chest pain for coronary heart disease in general practice: clinical judgement and a clinical decision rule. Br J Gen Pract. 2015;65(640):e748–53.

Correspondance:
Dr méd. Olivier Pasche
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois
Rue d'Entremonts 11
CH-1400 Yverdon-les-Bains
olivier.pasche[at]ehnv.ch

Anamnestique

Têtes lourdes

Une fermière âgée souffrait déjà depuis de nombreuses années d'une hernie diaphragmatique qui lui causait d'occasionnels problèmes de reflux. Or, elle s'est mise à vomir du sang. L'endoscopie a permis de diagnostiquer une ulcération linéaire.

L'anamnèse a révélé que la patiente, pendant une semaine, avait préparé de grosses têtes de chou en vue d'une choucroute. Pour ce faire, elle avait dû, tout en restant assise, presser de toutes ses forces les lourdes têtes de chou contre son épigastre, ce qui avait dramatiquement augmenté la pression dans l'abdomen.

Bernhard Gurtner

Crédit photo: © Subcomandantemarcos | Dreamstime.com

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html