Douleur thoracique

Autor:
Data de publicació: 21-02-2023

La douleur thoracique est un symptôme qui peut être associé à de nombreuses anomalies et maladies, il est généralement considéré comme une urgence en raison de la possibilité d'angine de poitrine ou d'infarctus du myocarde, maladies cardiaques auxquelles la douleur thoracique peut être associée. Lorsque la douleur thoracique ne peut pas être attribuée à des pathologies du cœur, on parle de « douleur thoracique non cardiaque ». Les lignes directrices les plus récentes recommandent d'attribuer le code rouge à une douleur thoracique d'origine cardiaque présumée à la phase de triage.

Aller à la navigationAller à la recherche

Douleur thoracique

Type
Douleur

Pathogénèse

Localisation
torse

Classification

CIM-10
R07.4

Le
R11

Ressources externes

MaladiesDB
16537

MedlinePlus
003079

Maille
D002637

CUI UMLS
N° C0008031

La douleur thoracique est un symptôme qui peut être associé à de nombreuses anomalies et maladies, il est généralement considéré comme une urgence en raison de la possibilité d'angine de poitrine ou d'infarctus du myocarde, maladies cardiaques auxquelles la douleur thoracique peut être associée. Lorsque la douleur thoracique ne peut pas être attribuée à des pathologies du cœur, on parle de « douleur thoracique non cardiaque ». Les lignes directrices les plus récentes recommandent d'attribuer le code rouge à une douleur thoracique d'origine cardiaque présumée à la phase de triage.

En bref, il s'agit d'une douleur ou d'un inconfort dans la poitrine, généralement à l'avant de la poitrine. [1] Elle peut se manifester selon le cas, sous forme de crevaison, de pression, de lourdeur ou de compression et selon l'intensité telle que douleur aiguë, sanglot, etc... [2] Parmi les symptômes associés peuvent être: douleur à l'épaule, au cou, à la mâchoire, au bras ou au haut de l'abdomen, qui peut changer de place, ainsi que nausées, transpiration ou essoufflement. [1] [2]

Fondamentalement, il peut être divisé en « douleur liée au cœur » et « douleur non liée au cœur ». [1] [3] La douleur due à un flux sanguin insuffisant vers le cœur est appelée angine de poitrine. [4] Les personnes atteintes de diabète ou les personnes âgées peuvent présenter des symptômes moins clairs. [2]

Parmi les causes graves et relativement courantes figurent le syndrome coronarien aigu, comme l'infarctus du myocarde (31 %), l'embolie pulmonaire (2 %), le pneumothorax, la péricardite (4 %), la dissection aortique (1 %) et la rupture de l'œsophage. [2] Les autres causes courantes sont: le reflux gastro-œsophagien pathologique (40%), les douleurs musculaires ou squelettiques (28%), la pneumonie (2%), le zona (0,5%), la pleurite, les troubles traumatiques et anxieux. [2] [5] La détermination de la cause de la douleur thoracique est basée sur les antécédents médicaux d'une personne, l'examen physique et d'autres tests médicaux. [2] Cependant, environ 3% des crises cardiaques ne sont pas détectées initialement. [1]

Le traitement de la douleur thoracique est basé sur la cause sous-jacente. [1] Le traitement initial comprend souvent les médicaments aspirine et nitroglycérine. [1] [6] La réponse au traitement n'indique généralement pas si la douleur est liée au cœur.[1] Lorsque la cause n'est pas claire, la personne peut être référée pour une évaluation plus approfondie. [2]

Les douleurs thoraciques représentent environ 5% des problèmes qu'elles présentent à l'urgence. [2] Aux États-Unis, environ 8 millions de personnes se rendent aux urgences avec des douleurs thoraciques chaque année. [1] De ce nombre, environ 60 % sont admis à l'hôpital ou dans une unité d'observation. [1] Le coût des visites d'urgence pour les douleurs thoraciques aux États-Unis est de plus de 8 milliards de dollars par an. [000] La douleur thoracique représente environ 5,0 % des visites des enfants à l'urgence. [5]

Contenu

Symptômes
La douleur thoracique peut survenir de différentes manières selon le diagnostic sous-jacent, elle peut également varier d'une personne à l'autre en fonction de l'âge, du sexe, du poids et d'autres différences. [8] La douleur peut se présenter sous la forme d'une sensation de piqûre, de brûlure, de douleur, aiguë ou de pression sur la poitrine,[9][8]

ainsi que d'irradiation ou de déplacement vers diverses autres parties du corps, y compris : le haut de l'épaule, le cou, les bras gauche ou droit, la colonne cervicale, le dos et le haut de l'abdomen. [10] D'autres symptômes associés à la douleur thoracique peuvent inclure des nausées, des vomissements, des étourdissements, un essoufflement, de l'anxiété et de la transpiration. [9][8] Le type, la gravité, la durée et les symptômes associés à la douleur thoracique peuvent aider à orienter le diagnostic et le traitement ultérieur.

Étiologie
Il existe de nombreuses causes de douleurs thoraciques, allant de certaines extrêmement graves qui menacent la vie du patient, à d'autres moins graves, comme une pathologie gastro-œsophagienne, qui représente 40% de l'échantillon de douleurs thoraciques. [11]

Chez les adultes, les causes les plus courantes de douleurs thoraciques comprennent: gastro-intestinale (40%), maladie coronarienne (31%), musculo-squelettique (28%), péricardite (4%) et embolie pulmonaire (2%). [12] D'autres causes moins fréquentes comprennent: la pneumonie, le cancer du poumon et les anévrismes de l'aorte. [12] Les causes psychogènes de la douleur thoracique peuvent inclure les attaques de panique; Cependant, il s'agit d'un diagnostic d'exclusion. [13]

Chez les enfants, les causes les plus fréquentes de douleurs thoraciques sont les muscles squelettiques (76-89%), l'asthme induit par l'exercice (4-12%), les maladies gastro-intestinales (8%) et les causes psychogènes (4%). [14] Les douleurs thoraciques chez les enfants peuvent également avoir des causes congénitales.

Cardiovasculaire
Un blocage des artères coronaires peut entraîner une crise cardiaque

Syndrome coronarien aigu

Angor stable ou instable
Infarctus du myocarde (« crise cardiaque ») : Les gens se plaignent souvent d'une sensation de pression ou de compression sur la poitrine. [15] Les autres symptômes associés comprennent : transpiration excessive, nausées, vomissements et faiblesse. [15] La douleur thoracique est le plus souvent associée à un infarctus antérieur dû à une détérioration du ventricule gauche; une crise cardiaque inférieure est le plus souvent associée à des nausées, des vomissements et une transpiration excessive due à une irritation du nerf vague; L'infarctus latéral est associé à une douleur dans le bras gauche.

Angine de Prinzmetal - la douleur thoracique est causée par un vasospasme coronaire. Plus fréquent chez les femmes de moins de 50 ans. La personne se plaint souvent de douleurs thoraciques au repos. Il peut se produire tôt le matin qui réveille la personne du sommeil.
Consommation de cocaïne: cette condition est suspectée lorsqu'une personne présentant peu ou pas de risque d'athérosclérose a des douleurs thoraciques non traumatiques. L'ingestion de cocaïne peut provoquer une vasoconstriction des artères coronaires, produisant ainsi une douleur thoracique semblable à une crise cardiaque. Les symptômes peuvent apparaître dans l'heure qui suit la consommation de cocaïne.
Sténose aortique - cette condition survient lorsque la personne a une valve bicuspide congénitale sous-jacente, une sclérose aortique ou des antécédents de fièvre rhumatismale. La douleur thoracique survient généralement pendant l'activité physique. La syncope est un symptôme tardif. Des signes et symptômes d'insuffisance cardiaque peuvent également survenir. Dans l'auscultation, le bruit systolique d'éjection forte peut être mieux entendu dans le deuxième espace intercostal droit et rayonné vers l'artère carotide du cou. La division du deuxième son cardiaque est entendue dans la sténose sévère.
Cardiomyopathie hypertrophique: c'est l'hypertrophie du septum interventriculaire qui provoque une obstruction de l'écoulement du ventricule gauche. La dyspnée et les douleurs thoraciques surviennent généralement pendant les activités quotidiennes. Parfois, une syncope (évanouissement) peut survenir. À l'examen physique, les résultats significatifs comprennent: bruit systolique fort et triple impulsion apicale palpable due au quatrième son cardiaque presistolique palpable.
La dissection aortique est caractérisée par une forte douleur thoracique irradiant du dos. Il est généralement associé au syndrome de Marfan et à l'hypertension. À l'examen, on peut entendre un bruit d'insuffisance aortique avec des impulsions radiales inégales. [16]
Péricardite - cette condition peut être le résultat d'une infection virale telle que le virus Coxsackie et l'écovirus, la tuberculose, une maladie auto-immune, l'urémie et après un infarctus du myocarde (syndrome de Dressler). La douleur thoracique est souvent de nature pleurétique (associée à la respiration) qui est aggravée par la position couchée et soulagée en position assise en avant, parfois accompagnée de fièvre. Dans l'auscultation, on peut entendre des

frottements péricardiques.
Ventouses cardiaques
Arythmie: La fibrillation auriculaire et un certain nombre d'autres arythmies peuvent causer des douleurs thoraciques.
Myocardite
Syndrome de prolapsus de la valve mitrale: les personnes touchées sont généralement des femmes minces qui ont une douleur thoracique aiguë de qualité, située à l'apex et soulagée lors de l'étirement. D'autres symptômes comprennent: essoufflement, fatigue et palpitations. En auscultation, un clic semi-systolique peut être entendu suivi d'un murmure systolique tardif, plus fort lorsque la personne est debout.
Anévrisme de l'aorte

Respiratoire

L'asthme est une maladie inflammatoire courante à long terme des voies respiratoires des poumons. Elle se caractérise par des symptômes variables et récurrents, une obstruction réversible du flux d'air et un bronchospasme. Les symptômes comprennent des épisodes de respiration sifflante, de toux, d'oppression thoracique et d'essoufflement. La douleur thoracique survient généralement lors d'une activité intense ou d'un exercice intense.
Bronchite
Embolie pulmonaire - les signes et symptômes habituels sont essoufflement, douleur pleurétique dans la poitrine, sang dans les expectorations pendant la toux et gonflement des membres inférieurs. Les facteurs de risque comprennent : la chirurgie récente, la malignité et l'état alité. La source du piston provient généralement d'une thromboembolie veineuse.
Pneumonie [17]
Hémothorax
Pneumothorax: ceux qui ont un risque plus élevé de développer un pneumothorax sont les fumeurs grands et minces qui ont souffert de maladies pulmonaires sous-jacentes telles que l'emphysème. Les personnes touchées peuvent avoir une douleur thoracique aiguë qui irradie vers l'épaule du même côté. L'examen physique a révélé l'absence de sons respiratoires et d'hyperrésonance du côté affecté du thorax.
Pleurésie [17]
Tuberculose
Trachéite
Cancer du sein

Gastro-intestinal
Le reflux gastro-œsophagien est une cause fréquente de douleur thoracique chez les adultes

Reflux gastro-œsophagien: la douleur est aggravée en position couchée ou après les repas. Les gens peuvent décrire cela comme une brûlure d'estomac. En outre, ils peuvent également se plaindre d'essayer le contenu amer de l'estomac. [17]
Acalasie, œsophage dans casse-noisette et autres troubles de la motilité de l'œsophage
Spasme œsophagien diffus : contrairement aux douleurs cardiaques dans la poitrine, les douleurs œsophagiennes ne sont pas liées à l'activité. La douleur est généralement associée à l'ingestion d'eau chaude ou froide. [17]
Rupture œsophagienne : les personnes atteintes se plaignent souvent d'une douleur soudaine, intense et constante qui commence du cou au haut de l'abdomen. La douleur est aggravée par la déglutition. À l'examen, un gonflement et un craquement du cou peuvent être remarqués en raison de l'emphysème sous-cutané, car l'extérieur pénètre de l'œsophage dans le tissu sous-cutané.
Oesophagite: Il existe de nombreuses causes d'œsophagite. L'œsophagite causée par Candida albicans est généralement observée chez les patients sous chimiothérapie ou VIH. Les médicaments tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'alendronate peuvent induire une œsophagite s'ils ne sont pas avalés correctement. [17]
Dyspepsie fonctionnelle
Hernie hiatale
Oesophage pneumatique marteau (péristaltisme hypercontractile): spasme musculaire œsophagien intense et de longue durée. [18][19]
Cholécystite aiguë: Elle se caractérise par un signe de Murphy positif où la personne a un arrêt de l'inhalation lorsque le médecin met son doigt dans la région sous-costale droite de l'abdomen.
Pancréatite aiguë: des antécédents de consommation excessive d'alcool, de lithiase biliaire (calculs dans la vésicule biliaire) et d'hypertriglycéridémie sont des facteurs de risque de pancréatite. C'est une douleur constante et sourde dans la partie supérieure de l'abdomen.
Ulcère peptique perforé : apparition soudaine d'une douleur intense dans la partie supérieure de l'abdomen qui se transforme ensuite en péritonite (inflammation des tissus qui recouvrent les organes abdominaux).
Gastrite aiguë [17]

Paroi thoracique

Costocondrite ou syndrome de Tietze - une inflammation d'une jonction costocondrale. Tout mouvement ou palpation de la poitrine peut reproduire les symptômes.
Problème du nerf rachidien
Fibromyalgie
Problèmes de paroi thoracique
Radiculopathie
Syndrome de capture précordiale – une autre forme bénigne et inoffensive de douleur thoracique aiguë et localisée qui est souvent confondue avec une maladie cardiaque.
Affections mammaires
Herpès zoster (zoster): généralement décrit comme une sensation de brûlure dans la poitrine dans une distribution unilatérale du dermatome. Cependant, le diagnostic peut être difficile parce que la douleur apparaît généralement avant que l'éruption cutanée caractéristique ne soit visible.
Tuberculose
Arthrose
Maladie de Bornholm
Fracture costale [17]

Psychologique

Attaque de panique: La douleur thoracique est un symptôme courant des attaques de panique, avec jusqu'à 78% des personnes décrivant une douleur thoracique avec leurs pires attaques de panique. [20] La douleur thoracique globale est un symptôme de jusqu'à 48% des attaques de panique soudaines et 10% des attaques de panique progressives. [20]
Anxiété [17]
Dépression clinique
Trouble de somatisation [17]
Hypocondrie

Autrui

Syndrome d'hyperventilation (souvent présenté avec des douleurs thoraciques et une sensation de picotement au bout des doigts et autour de la bouche).
Syndrome de l'opercule thoracique
syndrome de da Costa
Prolapsus du disque intervertébral
Sarcoïdose
Saturnisme
Intoxication au monoxyde de carbone
Effets indésirables de certains médicaments

Approche diagnostique
Antécédents médicaux
Connaître les facteurs de risque d'une personne peut être très utile pour déterminer ou exclure les causes graves de douleurs thoraciques. Par exemple, la crise cardiaque et la dissection de l'aorte thoracique sont très rares chez les personnes en bonne santé de moins de 30 ans, mais significativement plus fréquentes chez les personnes présentant des facteurs de risque importants, tels que l'âge avancé, le tabagisme, l'hypertension, le diabète, des antécédents de maladie coronarienne ou d'accident vasculaire cérébral, des antécédents familiaux positifs (athérosclérose prématurée, troubles du cholestérol, crise cardiaque) à un âge précoce) et d'autres facteurs de risque. La douleur thoracique qui irradie vers une ou les deux épaules ou bras, la douleur thoracique qui survient avec l'activité physique, la douleur thoracique associée à des nausées ou des vomissements, la douleur thoracique accompagnée de diaphorèse ou de transpiration, ou la douleur thoracique décrite comme « pression », a une probabilité plus élevée de souffrance. Étant lié au syndrome coronarien aigu, ou un apport insuffisant de sang au muscle cardiaque, mais même sans ces symptômes, la douleur thoracique peut être un signe de syndrome coronarien aigu. [21] D'autres indices de l'histoire peuvent aider à réduire le nombre soupçonné d'infarctus du myocarde. Il s'agit notamment de douleurs thoraciques décrites comme « aiguës » ou « poignard », de douleurs thoraciques de nature positionnelle ou pleurétique et de douleurs thoraciques qui peuvent se reproduire à la palpation. [22][23] Cependant, des symptômes atypiques et typiques du syndrome coronarien aigu peuvent survenir et, en général, des antécédents ne suffisent pas pour exclure le diagnostic de syndrome coronarien aigu. [23] Dans certains cas, la douleur thoracique peut même ne pas être un

symptôme d’un événement cardiaque aigu. On estime que 33% des personnes atteintes d’infarctus du myocarde aux États-Unis n’ont pas de douleurs thoraciques et ont une mortalité significativement plus élevée à la suite d’un traitement retardé. [24]

Examen physique
Des antécédents médicaux et un examen physique précis sont essentiels pour séparer les causes de maladies dangereuses des causes triviales, et la gestion de la douleur thoracique peut être effectuée dans des unités spécialisées (appelées unités d’évaluation médicale) pour concentrer la recherche. Parfois, des signes médicaux invisibles dirigeront le diagnostic vers des causes particulières, telles que le signe de Levine dans l’ischémie cardiaque. [25] Cependant, dans le cas du syndrome coronarien aigu, un troisième bruit du cœur, la diaphorèse et l’hypotension sont les résultats les plus fortement associés de l’examen physique. [26] Cependant, ces signes ont une valeur pronostique et diagnostique limitée. [27] D’autres résultats d’examen physique suggérant une douleur cardiaque thoracique peuvent inclure l’hypertension, la tachycardie, la bradycardie et de nouveaux bruits cardiaques. [27] La douleur thoracique qui peut se reproduire lors de l’examen physique avec contact de la paroi thoracique est plus révélatrice d’une douleur thoracique non cardiaque, mais elle ne peut toujours pas exclure complètement le syndrome coronarien aigu. [28] Pour cette raison, des tests supplémentaires sont généralement nécessaires pour établir le diagnostic.

À l’urgence, l’approche typique de la douleur thoracique consiste à écarter les causes les plus dangereuses : crise cardiaque, embolie pulmonaire, dissection aortique thoracique, rupture œsophagienne, pneumothorax de tension et blocage cardiaque. En éliminant ou en confirmant les causes les plus graves, un diagnostic de l’origine de la douleur peut être fait. Souvent, aucune cause définitive ne sera trouvée, et alors la tranquillité d’esprit est assurée. [29]

Score de risque
Le score global record des événements coronariens aigus et de la thrombose dans l’infarctus du myocarde effectué au moment de l’admission peut aider à stratifier les personnes en groupes à risque faible, intermédiaire et élevé pour le syndrome coronarien aigu. [30] Cependant, ces scores ne fournissent pas de lignes directrices de gestion pour les personnes stratifiées par risque.

Le score HEART stratifie les personnes en groupes à faible risque et à haut risque, et recommande l’inscription ou l’admission en fonction du score. [30]

Score HEERT[31][32]

CritèresValeur en points

Histoire

Très suspect
+2

Modérément suspect
+1

Un peu suspect
0

ECG

Dépression ST importante
+2

Perturbation non spécifique de la repolarisation
+1

Normal
0

Âge

? 65
+2

45-65
+1

? 45
0

Risque*

? 3 facteurs de risque ou antécédents de maladie athéroscléreuse
+2

1-2 facteurs de risque
+1

Aucun facteur de risque connu
0

Troponine

? 3 × limite normale
+2

1-3 × limite normale
+1

? limite normale
0

* comprennent l’hypercholestérolémie, l’hypertension, le diabète sucré, le tabagisme, l’obésité

Score cumulé :

0-3 : 2,5% de risque d'événement cardiaque indésirable. Le patient peut recevoir son congé avec un suivi.
4-6 : 20,3% de risque d'événement cardiaque indésirable. Les patients doivent être admis à l'hôpital pour avoir des tendances à la troponine et des tests provocateurs.
?7 : 72,7% de risque d'événement cardiaque indésirable, suggérant des mesures invasives précoces avec ces patients et une coordination étroite avec la cardiologie hospitalière.

Si un syndrome coronarien aigu (« crise cardiaque ») est suspecté, de nombreuses personnes sont brièvement admises pour observation, ECG séquentiel et mesure des enzymes cardiaques dans le sang au fil du temps. Parfois, d'autres tests de suivi peuvent déterminer la cause.

Examens médicaux
Sur la base de ce qui précède, divers tests peuvent être triés:[33]

Un électrocardiogramme (ECG)
Souvent, une radiographie pulmonaire ou une radiographie pulmonaire sont effectuées.
L'échocardiographie peut être utile chez les patients atteints d'une maladie cardiaque connue ou d'une dissection aortique [34][35]
La tomodensitométrie est utilisée dans le diagnostic de la dissection aortique[35]
Scintigraphie V/Q ou angiographie pulmonaire par tomodensitométrie (lorsque l'on soupçonne une embolie pulmonaire)[34][36]
Analyses sanguines :

Troponine I ou T (pour indiquer une lésion myocardique))
Hémogramme complet
Électrolytes et fonction rénale (créatinine))
Enzymes hépatiques
Créatine kinase (et fraction CK-MB dans de nombreux hôpitaux)
Dimère D (lorsque la suspicion d'embolie pulmonaire est présente mais faible)
lipase sérique pour exclure la pancréatite aiguë

Thérapie
Il varie en fonction de la cause sous-jacente de la douleur et du stade de soins.

Examens
L'électrocardiogramme à 12 pontages sert à donner une première indication de l'implication du cœur dans l'étiologie du cœur. L'ECG ne doit pas être considéré comme définitif, car les faux négatifs ne sont pas rares et doivent être confirmés par des tests de laboratoire (myoglobuline, troponine et autres marqueurs cardiaques). [37]

D'autres tests sont l'imagerie thoracique et les tests sanguins.

Soins préhospitaliers
La douleur thoracique est un symptôme courant rencontré par les services médicaux d'urgence. L'aspirine augmente la survie chez les personnes atteintes du syndrome coronarien aigu et il est raisonnable pour les répartiteurs EMS de la recommander chez les personnes sans saignement grave récent. [38] L'oxygène supplémentaire a été utilisé dans le passé pour la plupart des personnes souffrant de douleurs thoraciques, mais il n'est pas nécessaire à moins que les saturations en oxygène soient inférieures à 94% ou qu'il y ait des signes de détresse respiratoire. [39][38] Entonox est fréquemment utilisé par le personnel des SMU en milieu préhospitalier. [40] Cependant, il existe peu de preuves de son efficacité. [38] [41]

Soins hospitaliers
Les soins hospitaliers pour les douleurs thoraciques commencent par l'étude initiale des signes vitaux, des voies respiratoires et de la respiration d'une personne et du niveau de conscience. [42][43] Cela peut également inclure la connexion de pontages ECG, de moniteurs cardiaques, de lignes intraveineuses et d'autres dispositifs médicaux, selon l'évaluation initiale. [43] Après avoir évalué les antécédents, les facteurs de risque, l'examen physique, les tests de laboratoire et l'imagerie d'une personne, la prise en charge commence en fonction des diagnostics suspects. [43] Selon le diagnostic, une personne peut être placée à l'unité de soins intensifs, admise à l'hôpital ou traitée en consultation externe. [43] Pour les personnes soupçonnées de douleurs thoraciques cardiaques ou de syndrome

coronarien aigu, ou d'autres diagnostics émergents tels que le pneumothorax, l'embolie pulmonaire ou la dissection aortique, l'admission à l'hôpital est souvent recommandée pour un traitement ultérieur. [43]

Soins ambulatoires

Pour les personnes souffrant de douleurs thoraciques non cardiaques, la thérapie cognitivo-comportementale peut être utile en ambulatoire. Une revue Cochrane de 2015 a révélé que la thérapie cognitivo-comportementale pouvait réduire la fréquence des épisodes de douleurs thoraciques au cours des trois premiers mois suivant le traitement. [44] Pour les personnes souffrant de douleurs thoraciques dues au reflux gastro-œsophagien, un inhibiteur de la pompe à protons s'est avéré être le traitement le plus efficace. [45] Cependant, le traitement avec des inhibiteurs de la pompe à protons s'est avéré ne pas être meilleur que le placebo chez les personnes souffrant de douleurs thoraciques non cardiaques non causées par le reflux gastro-œsophagien. [45] Pour les causes musculo-squelettiques de douleurs thoraciques, la thérapie de manipulation ou la chiropratique, l'acupuncture ou une recommandation d'augmenter l'exercice sont souvent utilisés comme traitement. [45] Des études ont montré des résultats contradictoires sur l'efficacité de ces traitements. [45] Une thérapie combinée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de thérapie de manipulation de l'exercice à domicile s'est avérée plus efficace dans le traitement des douleurs thoraciques musculo-squelettiques. [46]

Épidémiologie

La douleur thoracique est un problème de présentation courant. La douleur thoracique globale est responsable d'environ 6% de toutes les visites aux urgences aux États-Unis et est la raison la plus fréquente d'admission à l'hôpital. [47] La douleur thoracique est également très fréquente dans les cliniques de soins primaires, représentant de 1 à 3 % de toutes les visites. [48] Le taux de visites aux services d'urgence aux États-Unis pour des douleurs thoraciques a diminué de 10 % entre 1999 et 2008. [49] Mais une augmentation subséquente de 13 % a été observée entre 2006 et 2011. [50] Moins de 20 % de tous les cas d'admission pour douleur thoracique sont considérés comme étant dus à une maladie coronarienne. [51] Le taux de douleur thoracique comme symptôme du syndrome coronarien aigu varie d'une population à l'autre en fonction de l'âge, du sexe et des problèmes de santé antérieurs. [52] En général, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se présenter sans douleur thoracique (49 % contre 38 %) dans les cas d'infarctus du myocarde. [52]

Vaccination

Certains vaccins peuvent causer des douleurs thoraciques comme effet secondaire indésirable.

La péricardite et la myocardite peuvent être un effet secondaire rare de certains vaccins tels que le vaccin contre la variole. [53]

Les vaccins à ARNm Covid-19 ont été associés à la péricardite,[54] mais l'incidence est très rare par rapport à l'incidence de la péricardite chez les personnes atteintes de Covid-19. La FDA et l'Agence européenne des médicaments estiment le risque de péricardite après le vaccin Covid-19 à 1 cas pour 100 000 personnes vaccinées. [55][56] Le risque de péricardite après la vaccination contre la Covid-19 a été observé comme étant plus élevé chez les hommes âgés de 16 à 29 ans et après avoir reçu la deuxième dose du vaccin à ARNm Covid-19. [57][58]

Références

? Anar a :1,0 1,1 1,2 1,3 1,4 1,5 1,6 1,7 1,8 Tintinalli, Judith E. Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide. Huitième. New York: McGraw-Hill Education, 2016, pp. 325-331. ISBN 978-0-07-179476-3. OCLC 915775025.
? Anar a :2,0 2,1 2,2 2,3 2,4 2,5 2,6 2,7 Johnson, Ken StatPearls, 13-03-2019. PMID : 29262011 (consulté le 22 juin 2019)
Gastroenterology & Hepatology, 3, 4, avril 2007, pp. 255-62. PMC : 3099272. PMID : 21960837.
? Alpert, Joseph S. Cardiologie pour le médecin de soins primaires. Springer Science & Business Media, 2005, p. 47. ISBN 9781573402125.
? Anar a :5,0 5,1 BMC Medicine, 11, novembre 2013, p. 239. 10. DOI : 1186.1741/7015-11-239-4226211. PMC : 24207111. PMID : <>.
? Adams, James G. Emergency Medicine E-Book: Clinical Essentials (Consultation d'experts - en ligne et imprimé). Elsevier Health Sciences, 2012, p. 449. ISBN 9781455733941.
The Medical Clinics of North America, 94, 2, mars 2010, pp. 327-47. DOI: 10.1016/j.mcna.2010.01.004. PMID : 20380959.
? Anar a :8,0 8,1 8,2 Tintinalli, Judith E. Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide. Huitième. New York: McGraw-Hill Education, 2016, pp. 325-331. ISBN 978-0-07-179476-3. OCLC 915775025.
? Anar a :9,0 9,1 Marx, John A. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. Huitième. Philadelphie, Pennsylvanie: Elsevier / Saunders, 2014. ISBN 978-1-4557-0605-1. OCLC 853286850.
Primary Care, 40, 4, décembre 2013, pp. 863-87, viii. DOI: 10.1016/j.pop.2013.08.007. PMID : 24209723.

Emergency Medicine Clinics of North America, 27, 4, novembre 2009, pp. 685-712, x. DOI: 10.1016/j.emc.2009.07.007. PMID : 19932401.
? Anar a :12,0 12,1 Mayo Clinic Proceedings, 85, 3, mars 2010, p. 284. 99–10. DOI : 4065.2009/mcp.0560.2843115. PMC : 20194155. PMID : <>.
Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 10, 5, 2008, pp. 376-83. DOI : 10.4088/PCC.v10n0505. PMC : 2629063. PMID : 19158976.
? Baren, Jill M. Médecine d'urgence pédiatrique. Philadelphie : Saunders/Elsevier, 2008, p. 481. ISBN 978-1-4160-0087-7.
? Anar a :15,0 15,1 Tintinalli, Judith E. Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide. Huitième. New York: McGraw-Hill Education, 2016, pp. 325-331. ISBN 978-0-07-179476-3. OCLC 915775025.
JAMA, 316, 7, août 2016, pp. 754-63. DOI: 10.1001/jama.2016.10026. PMID : 27533160.
? Anar a :17,0 17,1 17,2 17,3 17,4 17,5 17,6 17,7 17,8 Mayo Clinic Proceedings, 85, 3, mars 2010, p. 284. 99–10. DOI : 4065.2009/mcp.0560.2843115. PMC : 20194155. PMID : <>.
« NIH: Résumé du trouble de l'œsophage du marteau-piqueur ». National Institutes of Health, Genetic and Rare Diseases Information Center (GARD) des National Institutes of Health des États-Unis. (consulté le 29 octobre 2020)
Mayo Clinic: Symptômes et causes de douleurs thoraciques. U.S.A. Mayo Clinic: Douleur thoracique, symptômes et causes. (consulté le 29 octobre 2020)
? Anar a :20,0 20,1 Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 10, 5, 2008, pp. 376-83. 10–4088. DOI : 10.0505/PCC.v2629063n19158976. PMC : <>. PMID : <>.
JAMA, 294, 20, novembre 2005, pp. 2623-9. DOI: 10.1001/jama.294.20.2623. PMID : 16304077 [Consulté : gratuit].
JAMA, 280, 14, octobre 1998, pp. 1256-63. DOI: 10.1001/jama.280.14.1256. PMID : 9786377.
? Anar a :23,0 23,1 The Western Journal of Emergency Medicine, 18, 4, juin 2017, p. 752. 760–10. DOI: 5811.2017/westjem.3.32666.5468083. PMC : 28611898. PMID : <>.
JAMA, 283, 24, juin 2000, pàg. 3223–9. DOI: 10.1001/jama.283.24.3223. PMID : 10866870 [Consulté : gratuit].
BMJ, 311, 7021, 23-12-1995, pp. 1660-1. DOI: 10.1136/bmj.311.7021.1660. PMC : 2539106. PMID : 8541748.
The American Journal of Medicine, 117, 5, septembre 2004, pp. 334-43. DOI: 10.1016/j.amjmed.2004.03.021. PMID : 15336583.
? Anar a :27,0 27,1 Marx, John A. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. Huitième. Philadelphie, Pennsylvanie: Elsevier / Saunders, 2014. ISBN 978-1-4557-0605-1. OCLC 853286850.
Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 108, 7, novembre 2013, pp. 939-42. DOI: 10.1590/0074-0276130644. PMC : 3970650. PMID : 24141968.
Emergency Medicine Clinics of North America, 27, 4, novembre 2009, pp. 685-712, x. DOI: 10.1016/j.emc.2009.07.007. PMID : 19932401.
? Anar a :30,0 30,1 Tintinalli, Judith E. Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide. Huitième. New York: McGraw-Hill Education, 2016, pp. 325-331. ISBN 978-0-07-179476-3. OCLC 915775025.
International Journal of Cardiology, 168, 3, octobre 2013, pp. 2153-8. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.01.255. PMID : 23465250 [Consulté : gratuit].
Netherlands Heart Journal, 16, 6, juin 2008, pp. 191-6. DOI : 10.1007/BF03086144. PMC : 2442661. PMID : 18665203.
CJEM , 12, 2, mars 2010, pp. 128-34. DOI : 10.1017/S148180350001215X. PMID : 20219160 [Consulté : gratuit].
? Anar a :34,0 34,1 Marx, John A. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. Huitième. Philadelphie, Pennsylvanie: Elsevier / Saunders, 2014. ISBN 978-1-4557-0605-1. OCLC 853286850.
? Anar a :35,0 35,1 Archives of Internal Medicine, 166, 13, juillet 2006, p. 1350. 6–10. DOI: 1001.166/archinte.13.1350.16831999. PMID : <> [Consulté : gratuit].
Litt HI, Gatsonis C, Snyder B, Singh H, Miller CD, Entrikin DW et coll. « Angiographie CT pour une sortie sûre des patients atteints de syndromes coronariens aigus possibles ». N Engl J Med, 366, 15, 2012, p. 1393. 403-10. DOI: 1056.1201163/NEJMoa22449295. PMID : <>.
Turnipseed SD, William ST, Deborah BD, Erik GL et al. « Fréquence du syndrome coronarien aigu chez les patients avec un électrocardiogramme normal effectué en présence ou en absence de douleur thoracique ». Academic Emergency Medicine, 16, 6, 2009, pp. 495-499. 10-1111. DOI: 1553.2712/j.2009-00420.3.2023.x (consulté le <> février <>)
? Anar a :38,0 38,1 38,2 Circulation, 122, 18 Suppl 3, novembre 2010, p. 787. S817 à 10. DOI : 1161.110/CIRCULATIONAHA.971028.20956226. PMID : <> [Consulté : gratuit].
« Faits saillants des lignes directrices AHA 2010 pour la RCR et l'ECC ». Association américaine du cœur. Archivé de l'original le 2017-01-06. (consulté le 14 novembre 2022)
Emergency Nurse, 10, 9, février 2003, pp. 15-9. DOI: 10.7748/en2003.02.10.9.15.c1090. PMID : 12655961.
« Entonox pour le traitement des douleurs thoraciques non diagnostiquées: efficacité clinique et lignes directrices ». Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Archivé à partir de l'original le 29 septembre 2011. (consulté le 12 juillet 2011)
? Tintinalli, Judith E. Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide. Huitième. New York: McGraw-Hill Education, 2016, pp. 325-331. ISBN 978-0-07-179476-3. OCLC 915775025.

? Anar a :43,0 43,1 43,2 43,3 43,4 Marx, John A. Rosen’s Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. Huitième. Philadelphie, Pennsylvanie: Elsevier / Saunders, 2014. ISBN 978-1-4557-0605-1. OCLC 853286850.
The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021, 6, juin 2015, p. 004101. CD10. DOI: 1002.14651858/004101.cd5.pub6599861. PMC : 26123045. PMID : <>.
? Anar a :45,0 45,1 45,2 45,3 PLOS ONE, 9, 8, 11-08-2014, p. 104722. E2014. Bibcode: 9PLoSO... 4722j10B. DOI: 1371.0104722/journal.pone.4128723. PMC : 25111147. PMID : <> [Consulté : gratuit].
Primary Care, 40, 4, décembre 2013, pp. 863-87, viii. DOI: 10.1016/j.pop.2013.08.007. PMID : 24209723.
The Western Journal of Emergency Medicine, 18, 4, juin 2017, pp. 752-760. DOI: 10.5811/westjem.2017.3.32666. PMC : 5468083. PMID : 28611898.
The Medical Clinics of North America, 94, 2, mars 2010, pp. 259-73. DOI: 10.1016/j.mcna.2010.01.007. PMID : 20380955.
Produits - Data Briefs - Numéro 43 - Septembre 2010 ». www.cdc.gov. (consulté le 19 janvier 2018)
« Tendances des visites aux services d’urgence, 2006-2011 ». HCUP Statistical Brief #179. Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé, septembre 2014.
Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 16, 7, juillet 2002, pp. 1217-23. DOI: 10.1046/j.1365-2036.2002.01296.x. PMID : 12144570 [Consulté : gratuit].
? Anar a :52,0 52,1 JAMA, 283, 24, juin 2000, p. 3223. 9–10. DOI: 1001.283/jama.24.3223.10866870. PMID : <> [Consulté : gratuit].
BMJ Case Reports, 2018 , mars 2018. DOI : 10.1136/bcr-2017-223523. PMC : 5878341. PMID : 29572367.
« Epidémiologie de la myocardite et de la péricardite après la vaccination à ARNm par produit vaccinal ».
Basso, Cristina New England Journal of Medicine, 387, 16, 20-10-2022, pp. 1488-1500. DOI: 10.1056/NEJMra2114478.
Lancet Respir Med, 10, 7, juillet 2022, pp. 679-688. DOI : 10.1016/S2213-2600(22)00059-5. PMC : 9000914. PMID : 35421376.
JAMA, 327, 4, janvier 2022, pp. 331-340. DOI: 10.1001/jama.2021.24110. PMC : 8790664. PMID : 35076665.
New England Journal of Medicine, 385, 23, 02-12-2021, pp. 2140-2149. DOI: 10.1056/NEJMoa2109730.

Liens externes

« Causes de douleurs thoraciques, symptômes, diagnostic, traitement et prévention sur eMedicineHealth.com », 19-05-2006. Archivé de l’original le 2009-08-22.