

BIOGROUP

l'info des IDE



Sommaire

- Introduction 1
- Péricardite aigüe 2
- Infarctus du myocarde 2
- Embolie pulmonaire 3
- Dissection aortique 4
- À retenir 4

PENSEZ “PIED”... ET FAITES LE 15 !



Péricardite aigüe - **I**nfarctus du myocarde
Embolie pulmonaire - **D**issection aortique

Infos publication

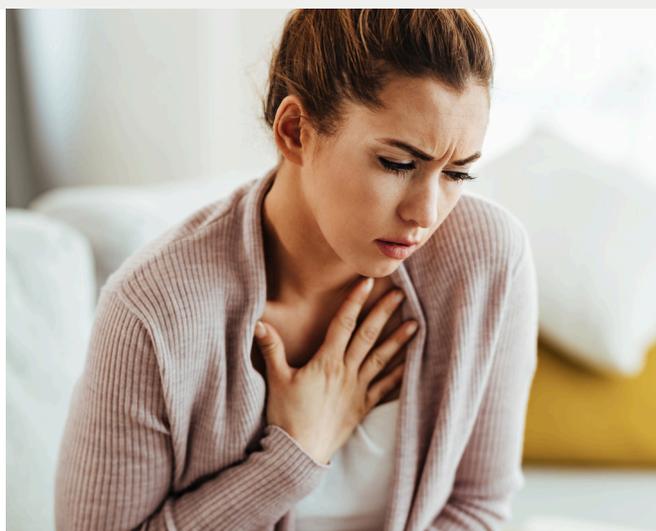
Lettre d'information
Biogroup
Juillet/Août - 2023
newsletter@biogroup.fr

Vous souhaitez la recevoir par email ?

Inscrivez-vous sur
Biogroup.fr - Espace des
pros ou scannez le code :



Les douleurs thoraciques sont fréquentes et peuvent avoir de multiples causes. Elles sont un motif fréquent de passage aux urgences. Afin d'optimiser la prise en charge des patients, il convient de bien savoir différencier les douleurs d'origine cardiaque qui constituent le plus souvent une urgence, des douleurs thoraciques d'origines pulmonaire, intercostale, digestive, abdominale ou psychologique.



1 PÉRICARDITE AIGÛE

Contexte et clinique

Apparaissant dans un contexte d'infection virale ou à la suite d'un infarctus du myocarde (IDM), la péricardite aigüe est une inflammation subite du péricarde, la membrane entourant le cœur, qui provoque un épanchement de liquide et de composants sanguins dans l'espace péricardique.

La douleur thoracique, vive et irradiant vers le bras gauche, est comparable à celle d'un IDM, sauf qu'elle a tendance à être aggravée par la position couchée, l'absorption d'aliments ou l'inspiration profonde. Elle est soulagée par la position assise, penchée en avant.

Si elle concerne fréquemment des patients jeunes, ayant une infection virale fébrile, il existe des formes beaucoup moins typiques ou apparaissant dans des situations cliniques variées (cancers, maladies auto-immunes, tuberculose et autres infections bactériennes, radiothérapie,...). Dans de nombreux cas, la cause n'est pas clairement identifiée et on parle de péricardite idiopathique.

✓ Examens complémentaires

L'examen clinique, avec description de la douleur, auscultation cardiaque et étude du contexte de survenue des symptômes, permet d'orienter rapidement le diagnostic.

L'échographie cardiaque permet alors de le confirmer et d'évaluer la quantité de liquide présente dans le péricarde et l'importance de la compression des cavités cardiaques.

Il est possible d'observer une augmentation du NT-proBNP dans ce contexte, mais cet examen ne concourt pas au diagnostic.

2 INFARCTUS DU MYOCARDE

Contexte et clinique

- L'infarctus du myocarde (IDM) est la destruction d'une partie plus ou moins importante du myocarde suite à l'obstruction d'une artère coronaire.
- La douleur thoracique est persistante (> 20 minutes), trinitro-résistante et a tendance à s'étendre à la mâchoire et au bras... mais la douleur peut manquer ou peut être atypique surtout si elle est accompagnée de symptômes digestifs. On peut noter également pâleur, sueur, essoufflement...

✓ Examens complémentaires

L'électrocardiogramme permet de faire le diagnostic. **Le dosage de la troponine HS (hyper sensible) :**

- Est réalisé si l'électrocardiogramme n'est pas significatif.
- Augmente 3h après l'apparition des symptômes.
- Son augmentation est spécifique d'un dommage myocardique mais pas obligatoirement d'une ischémie (arythmie sévère, détresse respiratoire aigüe, embolie pulmonaire, myocardite, décompensation cardiaque, HTA sévère, sepsis...).

! Les symptômes typiques

- Douleurs au milieu du thorax
- Sensation d'étau, de serrement
- Douleur prolongée (au moins 20min)
- Malaise, sueurs, pâleur

? Les symptômes atypiques

- Douleurs dans la mâchoire, l'épaule, le bras, le dos...
- Syncopes
- Fatigue intense
- Essoufflement, palpitations
- Nausées ou vomissements

→ Bonne pratique !

Doser 2 troponines à 2-3h d'intervalle devant une douleur suspecte : l'élévation des taux signe l'atteinte du muscle cardiaque.

Prélèvement selon les recommandations du laboratoire et acheminement le plus rapidement possible. Merci de penser à nous préciser le contexte.

3 EMBOLIE PULMONAIRE (EP) ET/OU THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP)

Contexte et clinique

L'embolie pulmonaire est une obstruction des artères du poumon ou de l'une de ses branches par un caillot de sang. Elle est donc secondaire à une thrombose veineuse profonde.

! Les symptômes typiques

Apparition soudaine d'une douleur thoracique d'un côté, qui augmente à l'inspiration et de difficultés à respirer (dyspnée) : respiration rapide et courte, parfois d'une toux et des crachats avec du sang.

? Les symptômes atypiques

Les symptômes varient mais ils doivent toujours alerter lorsqu'ils surviennent dans un contexte à risque de thrombose : malaise ou même perte de connaissance, accélération du rythme cardiaque (tachycardie), tension artérielle basse, signes périphériques de choc (marbrures des genoux, doigts et lèvres bleues, froideur des mains et pieds).

✓ Examens complémentaires

Le dosage des Ddimères présente un intérêt chez les patients suspects de TVP et/ou d'EP. Un résultat négatif (< 500 ng/ml) permet l'exclusion d'une thrombose dans 95 à 99 % des cas. Un résultat au-dessus de la valeur normale ne permet pas d'affirmer une TVP : beaucoup de pathologies augmentent les Ddimères (âge, tumeurs, syndrome inflammatoire, grossesse, chirurgie,...).

A prélever sur tube citraté (bleu), rempli jusqu'au trait de jauge et à acheminer le plus rapidement possible au laboratoire.

Dès la prise en charge par l'équipe médicale, seront réalisés l'angioscanner pour mettre en évidence la thrombose et/ou la scintigraphie pulmonaire pour visualiser la zone pulmonaire lésée. Un échodoppler cardiaque permettra si nécessaire d'évaluer les répercussions de l'EP sur le ventricule droit.

→ Rappel en cas de forte suspicion d'embolie pulmonaire !

Installez le patient en position semi-assise. Empêchez-le de bouger pour éviter une migration du caillot. Notez l'heure de l'apparition des premiers signes et appelez le 15.



4 DISSECTION AORTIQUE

Contexte et clinique

La dissection aortique est une déchirure de la paroi interne de l'aorte, l'intima, qui permet au sang sous pression de pénétrer entre les différents feuillets de la paroi de l'aorte. Le risque majeur est la rupture de la paroi externe de l'aorte qui provoquerait une hémorragie majeure et la mort du patient.

✓ Examens complémentaires

L'urgence clinique ! Dans la majorité des cas, l'examen clinique suffit à poser le diagnostic et la prise en charge doit être rapide : abaissement de la TA et chirurgie.

Quand cela est nécessaire, une simple radiographie du thorax permet de voir l'élargissement de l'aorte, mais l'échocardiographie trans-thoracique ou trans-oesophagienne permet de détecter les dissections aortiques de manière plus fiable, même celles qui sont très petites. En urgence, le scanner avec injection est aussi un moyen rapide et fiable pour poser le diagnostic.

! Le piège diagnostic !

La douleur thoracique :

- Est spontanée et violente, d'une intensité extrême.
- Irradie dans le dos, débutant entre les omoplates puis descendant jusqu'à la région lombaire ou abdominale.

A l'examen clinique, le médecin note :

- Une asymétrie de la tension artérielle entre le bras gauche et le bras droit.
- Une diminution/abolition des pouls des bras et des jambes.
- Un souffle d'insuffisance aortique audible au stéthoscope.

Le facteur de risque principal est l'hypertension artérielle au long cours mais la DA peut survenir au décours de certaines maladies génétiques (syndrome de Marfan et d'Ehlers-Danlos), de la grossesse, d'un accident ou du vieillissement des tissus. La dissection aortique est plus fréquente chez les hommes. Le pronostic est sombre, 20 % des patients décèdent avant leur arrivée à l'hôpital.

✓ À RETENIR

- ▶ Les dosages de troponine ou Ddimères sont demandés par le médecin traitant en cas de doute sur le diagnostic, **il s'agit donc toujours d'une urgence chez un patient symptomatique.**
- ▶ Des dosages de Troponines, Ddimères et BNP/NT-ProBNP négatifs éliminent une urgence cardiaque.