

Points importants

- Les douleurs thoraciques changeantes lors de la respiration pourraient très bien être causées par un infarctus du myocarde.
- Ce facteur ne doit pas nécessairement être tenu en compte lors de la décision d'administrer des traitements spécifiques reliés à une possible condition cardiaque.
- Aucune palpation du thorax ne doit être faite dans le cadre de l'évaluation de la douleur. Ce facteur est non-pertinent dans l'identification d'une douleur possiblement cardiaque.

La douleur thoracique modifiée par la respiration ou la palpation : dois-je éliminer l'infarctus ?

Vous êtes appelés pour un homme de 48 ans présentant une douleur au thorax depuis 2 heures. Lors de votre évaluation, vous lui demandez si la douleur change lorsqu'il prend une grande respiration, et sa réponse est « oui ». Est-ce que cela exclut complètement l'infarctus aigu du myocarde, et devez-vous lui administrer l'aspirine (AAS) et la nitroglycérine (TNG) ?

La douleur respirophasique

Avec le rehaussement des connaissances de nos techniciens ambulanciers paramédics, il a souvent été discuté qu'une douleur thoracique augmentée à l'inspiration forcée était souvent synonyme de péricardite. En effet, le tableau clinique de la péricardite démontre souvent (pas dans tous les cas) une douleur augmentée avec la respiration. D'autres pathologies pourraient aussi présenter une telle particularité telle une douleur d'origine musculo-squelettique. La question est donc de savoir si votre comportement devrait être modifié en présence de ces facteurs.

Dans les faits, la littérature médicale actuelle nous démontre que 15 à 20 % des douleurs thoraciques résultant d'un infarctus aigu pourraient être augmentées à l'inspiration forcée. Il faut donc être prudent lors de l'évaluation du tableau clinique de la douleur thoracique en évitant de poser la question au patient, à savoir si sa douleur augmente à la respiration. Si une douleur franche provoquée par l'inspiration est présente, le patient vous en fera assurément part lors de votre évaluation. Pour ces cas, l'ensemble des facteurs doit être évalué en tenant compte du type de douleur, du résultat de l'ECG, des facteurs de risques, des antécédents du patient, etc... On doit aussi se souvenir qu'un certain nombre d'infarctus aigu du myocarde ont un ECG ne démontrant pas d'élévation du segment ST lors de la prise en charge. Votre conduite concernant les traitements à administrer ne doit donc pas être changée par un seul élément spécifique (ex. : la respiration ou l'ECG). Ainsi, même la douleur thoracique à l'inspiration exprimée de façon spontanée doit être bien questionnée, de façon à être certain qu'une douleur thoracique d'origine cardiaque probable (DTCOP) n'est pas présente. En l'absence de DTCOP et en présence de douleur à la respiration, l'administration d'AAS et de nitroglycérine n'est pas indiquée.

La conduite à tenir

Lors de l'observation de tout tableau clinique laissant présumer une douleur thoracique d'origine cardiaque probable, malgré la présence d'une douleur changeante à la respiration OU malgré l'absence d'indication d'infarctus à l'ECG, les patients doivent recevoir l'AAS et la TNG conformément aux protocoles actuels, selon les indications. En aucun cas, il n'est requis de palper le thorax afin de connaître si la douleur augmente, car cet élément ne fait pas partie des exclusions au protocole et est considéré non fiable.


Dave Ross, M.D.