

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

Douleur thoracique d'allure coronarienne, à bilans négatifs : pronostic des patients admis aux urgences adultes

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 18 avril 2014

par

Gaëlle HAZIZA

née le 20/01/1985, à Toulouse

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur ABOYANSPrésident
M. le Professeur VIROT Juge
M. le Professeur PARAF Juge
M. le Professeur CLEMENT Juge
M. le Docteur CAILLOCE Membre invité
Mme le Docteur CUEILLE Directeur de thèse

**Douleur thoracique d'allure coronarienne, à bilans
négatifs : pronostic des patients admis aux
urgences adultes**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 18 avril 2014

par

Gaëlle HAZIZA

née le 20/01/1985, à Toulouse

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur ABOYANSPrésident
M. le Professeur VIROT Juge
M. le Professeur PARAF Juge
M. le Professeur CLEMENT Juge
M. le Docteur CAILLOCE Membre invité
Mme le Docteur CUEILLE Directeur de thèse

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Médecine

Professeurs et Maîtres de conférences des universités

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service

BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE

DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE

LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service

MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

Professeur des universités de médecine générale

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
----------------------	---

Maîtres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers

AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
-------------------------	---

BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
DURAND Karine	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA-BALDINI Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeurs associés	
BUISSON Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE

Maître de conférences associé

MENARD Dominique Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

Maître de conférences associé des universités

BARRAUD Olivier Maître de Conférences associé des Universités
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

Professeurs émérites

BONNETBLANC Jean-Marie Professeur des Universités Emérite

VIDAL Elisabeth Professeur des Universités Emérite

Assistants hospitaliers universitaires

BELLIER Rémy ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

COUVÉ-DEACON Elodie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
(Centre d'Investigation Clinique)

CROS Jérôme ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

FILLOUX Matthieu IMMUNOLOGIE

FREDON Fabien ANATOMIE

HODLER Charles ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

NEGRIER Laurent BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

PHILIPPE Grégory ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

RIZZO David HEMATOLOGIE

ROGER Lucie ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

THOMAS Céline ANATOMIE (Service de Chirurgie Digestive, Générale et
Endocrinienne)

VERGNENEGRE Guillaume ANATOMIE (Service d'Orthopédie Traumatologie)

WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

Chefs de clinique - Assistants des hôpitaux

ABRAHAM Julie	HEMATOLOGIE
AUBOUR Marine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
AYOUB David	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (Chef de clinique associé du 01-11-2012 au 31-10-2013)
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARREAU Germain	OPHTALMOLOGIE
BEDIN Bertrand	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
BEGOT Emmanuelle	REANIMATION
BEHRA-MARSAC Aurélie	RHUMATOLOGIE
BENACQUISTA Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BENHAMI Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE
BERGER Julien	UROLOGIE
BILAND Guillaume	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BORDAS Mathieu	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOUYGUES Antoine	GASTRO-ENTEROLOGIE
CALVET Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CAUTRES Thomas	CARDIOLOGIE
CHAMBARAUD Tristan	NEPHROLOGIE
CHAMPY Pauline	REANIMATION
CHERRIERE Sylvain	O.R.L.
CYPIERRE Anne	MALADIES INFECTIEUSES
DELMAS Juliette	OPHTALMOLOGIE
DONADEL Lorène	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
DURAND Lise-Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

EGENOD Thomas	PNEUMOLOGIE
ENESCU-FLORICA Eléna-Cécilia	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
ETTAIF Hind	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FAUGERAS Frédéric	NEUROLOGIE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDET Emmanuel	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GARUCHET-BIGOT Angéline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
HAMONET TORNY Julia	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
LANOE Matthieu	UROLOGIE
LAYRE Brice	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LERAT Justine	O.R.L.
MAAZI Nizar	CARDIOLOGIE
MARTEL Clothilde	MEDECINE INTERNE A
MATHIEU Pierre-Alain	CHIRURGIE INFANTILE
MONNIER Grégory	PSYCHIATRIE d'ADULTES
NANDILLON Aurélie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
NASSOURI Adjoa-Sika	MEDECINE INTERNE B
NEGRIER Franck	RADIOTHERAPIE
PAGES Pierre-Alain	CARDIOLOGIE
PELISSIER Maxime	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
PONOMARJOVA Sanita	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (Chef de clinique associé du 01-11-2012 au 31-10-2013)
PONSONNARD Anne	PEDOPSYCHIATRIE

RABIN Magalie

NEUROLOGIE

TCHALLA Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

THOUY François

MEDECINE INTERNE A

VANDEIX Elodie

CANCEROLOGIE

VINCENT Magalie

GASTRO-ENTEROLOGIE

Chef de clinique – Médecine générale

LAUCHET Nadège

A notre Maître et Président du jury,

Monsieur le **Professeur Victor ABOYANS**

Professeur des universités – Praticien Hospitalier
CARDIOLOGIE
Responsable de service

*Vous me faites le grand honneur d'accepter la Présidence de ce jury.
Votre investissement dans l'élaboration de mon travail a été un bien plus que précieux.
En espérant que le produit final soit assaisonné à votre goût. Veuillez trouver dans ces
quelques pages le témoignage de mon plus profond respect.*

A ma directrice de Thèse,

Madame le **Docteur Nathalie CUEILLE**

Praticien Hospitalier
URGENCES

Tu m'as fait le grand honneur d'accepter la direction de cette thèse.

*Je te remercie pour ton implication, ta disponibilité, ton écoute, tes conseils et pour la
confiance que tu m'as accordée.*

Je te remercie plus encore pour ton doux soutien dans les moments difficiles.

A mes juges,

Monsieur le **Professeur Patrice VIROT**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Cardiologie

Vous me faites le grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury.

Vos qualités humaines et professionnelles sont reconnues de tous.

*Je vous remercie pour le respect et la considération que vous m'avez témoignée dès notre
première rencontre.*

Veillez trouver dans ce travail toute mon admiration.

Monsieur le **Professeur François PARAF**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
MEDECINE LEGALE et DROIT de la santé
Responsable de service

Vous me faites un grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury.

*Je vous remercie de m'avoir accueillie au sein de votre service, et de m'avoir transmis la
passion de ce métier.*

Je vous remercie pour votre attention, votre pédagogie et votre gentillesse.

Veillez trouver dans ce travail toute mon affection.

Monsieur le **Professeur Jean-Pierre CLEMENT**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
PSYCHIATRE d'ADULTES
Responsable de service

Vous me faites un grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury.

Je vous remercie pour vos talents d'orateur lors des séances d'enseignements. Nous savourions ces moments d'humour et de légèreté comme de véritables gourmandises.

Je vous remercie pour votre attention, votre disponibilité et votre aide lors des périodes de doutes dans l'élaboration de ma thèse.

Veillez trouver dans ce travail toute ma gratitude.

Monsieur le **Docteur Dominique CAILLOCE**

Praticien Hospitalier
SAMU-SMUR
Responsable de service

Vous me faites un grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury.

*Je vous remercie de m'avoir prise sous votre aile et de m'avoir permis de découvrir la
médecine d'urgence.*

*Je vous remercie pour votre implication dans mon travail, pour la qualité et la pertinence de
vos remarques.*

Vous m'avez tant appris, j'espère pouvoir apprendre encore à vos côtés.

Veillez trouver dans ce manuscrit toute ma dévotion.

REMERCEMENTS

A toi mon puissant Théobald. A tes côtés la vie est si douce, j'espère que nous traverserons les âges sur le même nuage.

A mon fils Léon, mon petit « choubidou d'amour ». Merci pour tes rires et tes câlins qui m'ont fait tant de bien, merci pour ta patience face à mon absence...

A mes parents, Angéline et Jean-Luc, à qui je dois tant, toujours présents, toujours aimants.

A ma petite sœur, Maëva, dont je suis si fière. A notre complicité.

A mes autres sœurs (n=3), Ophélie, Bérangère et Caroline, pour tous ces bons moments passés ensemble.

A mes beaux-parents, Marie et Alain, pour votre amour et votre générosité.

A mes exceptionnels grands-parents, mamie et papi Zen, pour tous ces souvenirs, pour tous ces chants qui ont bercé mon enfance, de Lunja à Mamie blues, pour tous ces plats qui ont émerveillé mes papilles. Rien que d'y penser j'ai la rate qui s'dilate et les makrauds qui m'tarudent.

A Eric, Josiane, Julie, Naomie, Laurance, Patrice, Julien, Ethan et Laurent, famille de talents, que j'aime tant.

A mes beaux-parents, Catherine et Francis. L'un pour son sens artistique homérique, l'autre pour sa moustache fantasque... Mais je ne sais plus qui à quoi.

A mes beau-frère et belles-sœurs, Mathurin, Sidonie et Nathalie, pour leur implication dans ma thèse, françaises ou anglaises, les foutaises n'étaient pas à leur aise.

A Elsa, Pauline, Corentin, Mélusine, Basile, Martial, Camille et Emma-Rose, qui inspirent chaque jour ma prose.

A mon amie Marion, qui a rempli sa mission avec passion et abnégation, poil au menton.

Alors peut être que je te dessinerai un mouton...

(J'aurai préféré un bon fermé mais ça ne rimait pas).

A mon ami Delk, pour tous ces pataquès qui mériteraient bien une caisse.

A mes amis Fred et Park, pour leur aide sociétale, sans laquelle j'aurais été bien mal.

Au GROUPE, fameux Gardiens de la Rhétorique Obséquieuse et Ubuesque Presque Epître, avec qui il est si bon de trouver un gîte et d'y boire des litres.

A Jean-Richard, mon ange gardien. Tu m'as apprivoisée, et comme le bruit du vent dans les champs de blé, le bruit de la libellule parmi les étoiles restera gravé.

Au Dr Magret, merci, merci et merci.

A Jean-François Cueille, qui est comme un père pour moi.

A Olivier Galy, Jean Grondin et Philippe Brohée pour m'avoir fait pratiquer la médecine plutôt que la bande dessinée.

Au service de réanimation de Guérêt, Dr Soltani, Dr Bernudez, Dr Laggoune, Dr Verlhac et Dr Lory, grâce à qui j'ai pu mener à bien ce projet. Merci à chacun pour le soutien que vous m'avez apporté.

*Aux services du SAMU, des urgences adultes et pédiatriques, que j'ai hâte de retrouver.
A Sylvie, Martine et Florence pour leur aide et leur sourire.*

A mes collègues et amis, à ma Chouquette, qui font effacer les peines de ce métier, en espérant que nous resterons soudés au-delà des P5C.

*A Julien Magne, à qui je dois cette thèse, des biostatistiques aux relectures caustiques.
Merci pour ta disponibilité, ta pédagogie et ta gentillesse.*

A Catherine Mounet et Nadège Lauchet, pour le fameux dossier de biostat, votre dévouement m'a profondément touchée.

Au Dr Chianea et au laboratoire de biochimie, pour m'avoir permis d'envahir leurs locaux.

Aux Dr Richard, Dr Nicot et Nathalie Ozog pour leur aide documentaire loin d'être rudimentaire.

A un certain portail, que je n'oublierai jamais, nous avons été si très proche...

PLAN

INTRODUCTION

1. PREMIERE PARTIE : ETUDE

1.1. Matériels et méthodes

- 1.1.1. Limoges
- 1.1.2. Le CHU de Limoges
- 1.1.3. Description et objectif
- 1.1.4. Sélection des dossiers
- 1.1.5. Recueil des données

1.2. Analyse statistique

1.3. Résultats

- 1.3.1. Sélection de la population
- 1.3.2. Profil de la population
- 1.3.3. Diagnostic initial
- 1.3.4. Devenir à 1 an
- 1.3.5. A propos de 4 cas litigieux

2. DEUXIEME PARTIE : DISCUSSION

2.1. Profil de la population

- 2.1.1. Synthèse
- 2.1.2. Dans la littérature

2.2. Du diagnostic initial au diagnostic final

- 2.2.1. Le mode d'arrivée
- 2.2.2. Un diagnostic difficile aux urgences
- 2.2.3. Orientation
- 2.2.4. Les manqués

2.3. En pratique

2.4. Les limites de l'étude

2.5. Perspectives

CONCLUSION

ABREVIATIONS

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire

DT SAI : Douleur Thoracique Sans Autre Indication

ECG: ElectroCardioGramme

EE : Epreuve d'Effort

EPHAD: Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

ESC : Société Européenne de Cardiologie

ETT : Echographie Trans Thoracique

FOGD : Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale

FRCV: Facteur de Risque CardioVasculaire

HGE : Hépto-Gastro-Entérologue

HME : Hôpital de la Mère et de l'Enfant

HTA : HyperTension Artérielle

IC : Insuffisance Cardiaque

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

OAP : Œdème Aigu Pulmonaire

P. : Pathologie

PAO : Poste d'Accueil et d'Orientation

PIS : Professions Intellectuelles Supérieures

PMSI: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TDR : Troubles Du Rythme

UGD : Ulcère GastroDuodéal

INTRODUCTION

La douleur thoracique est un motif fréquent de consultation aux urgences. En 2012, ce taux est évalué à 9,2% (n=3721) au sein du service des urgences du CHU de Limoges. Elle est le symptôme annonciateur de diverses pathologies, dont certaines peuvent mettre en jeu le pronostic vital, telles que les pathologies cardiovasculaires. Ces dernières regroupent le syndrome coronarien aigu, l'embolie pulmonaire, la dissection aortique et la péricardite, représentant plus de 50% des douleurs thoraciques dans les services d'urgences en Europe (1). Les autres étiologies de douleur thoracique, moins graves mais plus fréquentes, sont les douleurs pariétales, les pathologies digestives et pulmonaires, et les troubles anxieux.

Les syndromes coronariens aigus (SCA) sont la deuxième cause de mortalité en France (2). Ils représentent entre 5 et 20% des admissions médicales aux urgences, 14% des interventions pré-hospitalières et environ 100 000 hospitalisations par an (3)(4). Les SCA regroupent l'angor instable et l'infarctus du myocarde. Ils ont la même origine physiologique : la rupture ou l'érosion de la plaque d'athérome. L'infarctus du myocarde se différencie par une augmentation des troponines. Les SCA sont divisés en deux groupes en fonction de la présence ou non d'un sus-décalage du segment ST à l'électrocardiogramme (ECG), définissant ainsi les SCA ST+ ou les SCA non ST+. La mortalité à six mois est similaire entre ces 2 formes de SCA (5). Le diagnostic et la prise en charge des SCA ST+ sont bien codifiés et connus de tous (6), contrairement aux SCA non ST+. Les dernières recommandations sur la prise en charge du SCA non ST +, émises par la société européenne de cardiologie en 2011(5), insistent sur l'importance de la stratification du risque. Elle se base sur la clinique, l'ECG et les biomarqueurs. Les critères de faible probabilité diagnostique de SCA regroupent : une douleur thoracique d'allure coronarienne pouvant être atypique, une absence de modification de l'ECG et une normalité des biomarqueurs dans un intervalle de surveillance de 3 heures.

Le challenge du médecin urgentiste est de faire la différence entre un SCA de faible probabilité et les autres étiologies, afin que le patient puisse bénéficier d'un traitement et d'un suivi adéquats.

Peu d'études s'intéressent au devenir des patients classés à faible probabilité diagnostique de SCA. Certaines ont estimé que 3 à 5% des patients ayant présenté une douleur thoracique, puis renvoyés directement à domicile à la sortie des urgences, déclarent un événement cardiovasculaire majeur dans les 6 mois (7)(8)(9).

Nous nous interrogeons ainsi sur l'évolution diagnostique des patients ayant présenté une douleur thoracique non étiquetée à la sortie des urgences. Nous souhaitons donc faire un état des lieux sur le devenir à 1 an de ce type de population à la sortie du CHU de Limoges, afin d'en analyser les manquements et d'en proposer des solutions.

1. PREMIERE PARTIE : ETUDE

1.1. Matériels et méthodes

1.1.1. Limoges

Limoges est la préfecture du département de la Haute-Vienne en région Limousin.

En 2010, l'INSEE a recensé 280 000 habitants dans l'aire urbaine dont 141 600 intra-muros. L'âge moyen et la médiane de la population sont de 41 ans. Elle compte 48% d'hommes. Sur le plan socio-professionnel, 29% des limougeauds sont retraités, et 16% sont sans emploi (étudiants compris) (10).

1.1.2. Le CHU de Limoges

Le centre hospitalo-universitaire de Limoges est un complexe de 4 hôpitaux et d'un EPHAD. Les hôpitaux sont regroupés sur un même site : l'hôpital Dupuytren, l'hôpital de la mère et de l'enfant (HME), l'hôpital Jean Rebeyrol et l'hôpital du Cluzeau.

L'hôpital Dupuytren a une capacité d'environ 856 lits. Il comprend le service d'accueil des urgences adultes et le service de cardiologie. Les urgences pédiatriques et gynécologiques sont accueillies à l'HME.

A Limoges, la Clinique François Chénieux comprend également un service d'accueil des urgences.

1.1.2.1. Le service d'accueil des urgences adultes du CHU de Limoges

Le service d'accueil des urgences adultes du CHU de Limoges reçoit en moyenne 40 900 patients par an (40 550 en 2012 et 41 275 en 2013). Ce service bénéficie d'un vaste plateau technique accessible 24 heures sur 24. Il est situé à proximité du SAMU 87, du service de réanimation et du service d'imagerie médicale.

Le service de garde (18h-8h30) est assuré par un médecin référent, un médecin de demi-garde (18h-minuit), deux internes de médecine et un interne de chirurgie.

Le niveau de gravité de chaque patient est évalué dès leur arrivée au poste d'accueil et d'orientation (PAO) par un médecin ou une infirmière. Puis, ces patients sont dirigés vers l'un des deux circuits de prise en charge, le circuit ambulatoire ou le circuit hospitalisation. Le secteur ambulatoire comprend 4 box. Le secteur d'hospitalisation comprend 16 box de prise en charge classique, 3 salles d'accueil des urgences vitales (SAUV) et une unité d'hospitalisation de courte durée (11 lits dont 2 de surveillance continue). Pour des raisons d'activité, de nombreux patients sont couchés sur des lits-brancards dans les couloirs du service des urgences.

Le dossier médical des urgences est en partie informatisé. Les prescriptions médicales, certains avis médicaux, les ECG et les radiologies en font l'exception.

1.1.2.2. Le service de cardiologie du CHU de Limoges

Le service de cardiologie compte 69 lits, dont une unité de soins continus de 12 lits et un centre de la douleur thoracique de 5 lits. Ce centre est en activité depuis le 1^{er} avril 2014. Il est ouvert du lundi au vendredi, fermé le week-end par manque de personnel infirmier. Il permet le dépistage et le suivi des patients suspectés coronariens. Il y est réalisé des tests d'ischémie coronarienne, la répétition des ECG, le suivi biologique et la réévaluation clinique.

Le service est équipé de 2 tables de coronarographie dont une accessible 24 heures sur 24.

Une ligne de garde de cardiologie est assurée en continu, facilitant l'accès à un avis spécialisé et aux examens complémentaires non programmés (coronarographie, échographie cardiaque, épreuve d'effort...).

1.1.3. Description et objectif

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive, rétrospective, des cas de douleurs thoraciques d'allures coronariennes, au bilan coronarien et autres bilans négatifs, non étiquetées, recensées aux urgences adultes du CHU de Limoges, du 1^{er} janvier au 31 mars 2013. Les bilans non coronariens positifs exclus sont les bilans biologiques, la radiographie pulmonaire, le scanner thoraco-abdominal, l'angioscanner, la scintigraphie pulmonaire et l'échographie abdominale.

L'objectif de notre étude était d'évaluer le devenir à 1 an de cette population en termes de suivi, de diagnostic et de survenue d'événements.

1.1.4. Sélection des dossiers

Les dossiers ont été sélectionnés à partir de la codification PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations) de la base de données des urgences. Dans un premier temps, tous les dossiers codés « douleur thoracique » en motif d'admission ont été retenus. Ensuite, nous avons exclu tous les patients ayant un dosage de troponine positif (Figure 1, p.31). Un dosage de troponine ultra-sensible est considéré comme positif pour une valeur supérieure à 0.03 µg/l ou de cinétique croissante entre deux dosages, espacés d'au moins 3 heures. Ces données ont pu être consultées dans le service de biochimie à l'aide du logiciel GLIMS. Puis, après étude des dossiers, nous avons exclu tous les patients ayant un diagnostic étayé non coronarien. Les dossiers ont été consultés via le logiciel URQUAL aux urgences.

1.1.5. Recueil des données

1.1.5.1. Recueil de données aux urgences

Nous avons établi une feuille de recueil concernant (Annexe 1, p.71) :

- Les modalités d'arrivée du patient (mode, date et heure)
- Le profil du patient (âge, sexe, facteurs de risque cardiovasculaire, profession)

Les facteurs de risque cardiovasculaire considérés sont au nombre de six. Ils comprennent l'âge, le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), la dyslipidémie, le tabac et les antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire. L'âge est compté comme un facteur de risque cardiovasculaire à partir de 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes (11). Le tabac est pris en compte en cas de tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans (12).

Les professions ont été classées en fonction de la dernière nomenclature des catégories socio-professionnelles datant de 2003 (Annexe 2, p.73).

- Le caractère de la douleur thoracique

Une douleur thoracique est considérée comme typique d'ischémie coronarienne, si elle est rétro sternale ou précordiale et constrictive. Elle peut être irradiante dans le bras

gauche, l'épaule, le cou, les mâchoires ou en épigastrique, et être accompagnée de signes vagues (diaphorèse, nausées, malaise) (5)(13)(14)(15).

- Le recours à un avis cardiologique aux urgences
- Le diagnostic initial posé à la sortie des urgences ou de l'hôpital en cas d'hospitalisation
- L'orientation à la sortie des urgences
- Le suivi médical (le type de suivi, les examens complémentaires réalisés en externe)
- Le diagnostic final, posé par un médecin au cours du suivi post-urgences ou par le patient en fonction de l'évolution, en l'absence de suivi médical.

1.1.5.2. Recueil de données auprès des patients et des médecins généralistes

Les patients et les médecins généralistes ont été contactés par téléphone durant les mois de Janvier et Février 2014.

Les patients ont été contactés pour les recueils :

- De leur accord verbal pour la participation à l'étude
- Du nom de leur médecin traitant
- Des données post-urgences concernant le suivi médical et leur évolution.

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone pour colliger les données concernant le diagnostic final et les événements survenus dans l'année suivant l'admission aux urgences.

Les patients n'ayant pas de médecin généraliste mentionné dans leurs dossiers et demeurant injoignables ont été considérés comme « perdus de vue » (Figure 1, p.31).

1.2. Analyse statistique

Les résultats sont présentés selon leur moyenne \pm écart-type pour les données continues, ou par leur fréquence (n, %) pour les données catégorielles ou ordinales. La comparaison des données selon les groupes de suivi (suivi médical versus absence de suivi médical versus perdus de vue) a été obtenue à l'aide d'une méthode de type ANOVA à une voie, d'un test de Chi carré ou d'un test de Fisher, en fonction du type de variables analysées. L'analyse post-hoc de l'ANOVA a été réalisée par le test de Tuckey.

Une valeur de probabilité $< 5\%$ a été considérée comme significative.

1.3. Résultats

1.3.1. Sélection de la population

La recherche via le codage PMSI a permis d'identifier 461 patients admis aux urgences pour douleur thoracique entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2013. Après exclusion des patients ayant eu un dosage de troponine positif et des patients ayant eu un diagnostic étayé autre que coronarien (Tableau 1), la population étudiée compte 244 patients.

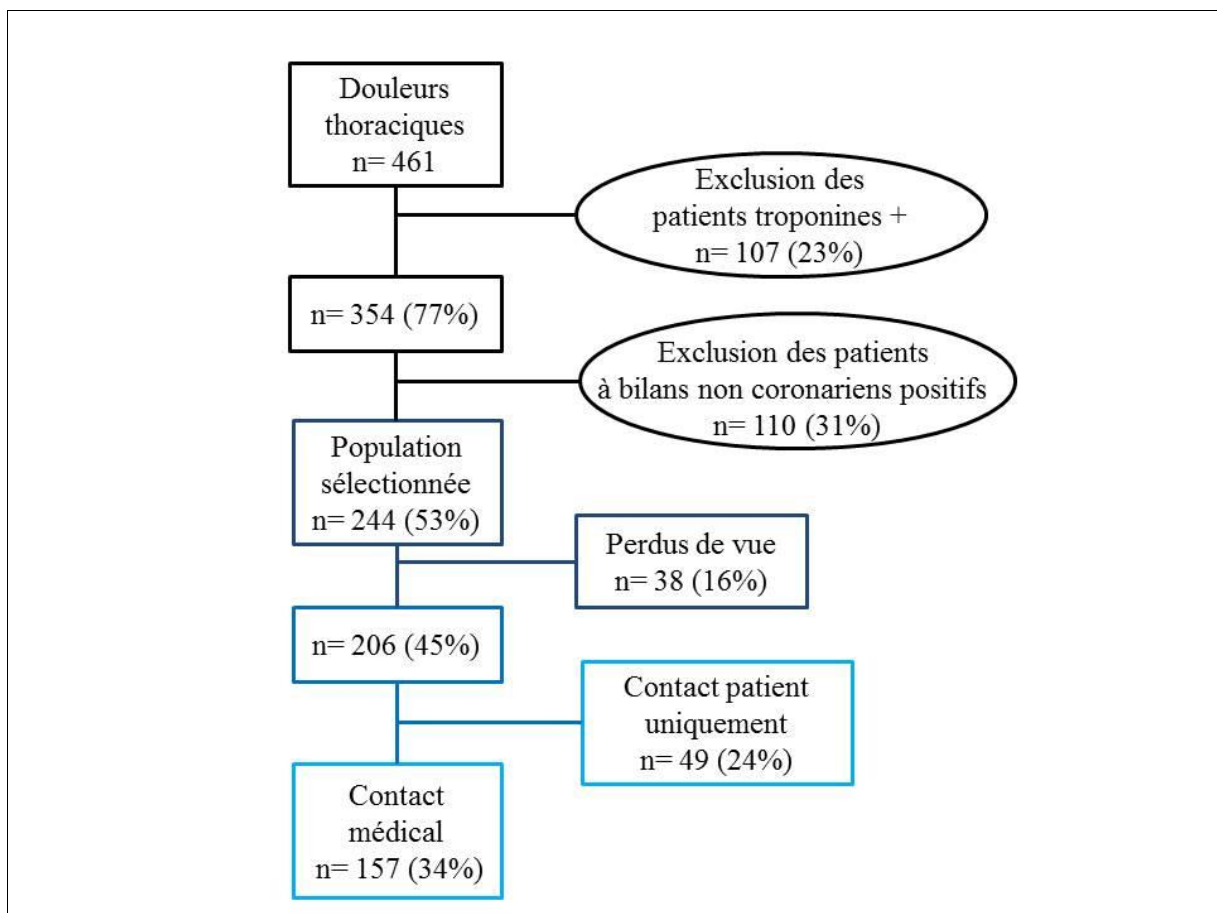
Tableau 1 : Diagnostics exclus (n=110).

Diagnostics exclus	Nombre de patients	Diagnostics exclus	Nombre de patients
Embolie pulmonaire	1	Fractures de côtes	3
Péricardite	11	Lumbago, arthrite	7
Dissection aortique	1	Epilepsie	2
TDR	6	Céphalée, amnésie, vertiges	5
Pneumopathie, surinfection BPCO	27	Malaise sans perte de connaissance	5
Cancer pulmonaire	3	Troubles glycémiques	4
Pleurésie, pneumothorax	2	Exogénose	6
Traumatisme de la rate	1	Paresthésies	5
Hépatite	2	Urticaire	1
Lithiase des voies biliaires, pancréatite	7	Angine	2
Trouble fonctionnel intestinal	5	Douleur dentaire	1
		Refus	3

Parmi cette population, 38 patients ont été déclarés « perdus de vue ». Un suivi médical a été obtenu pour 157 patients, où dans ce cas, patients et médecins généralistes ont été contactés. Pour les 49 patients sans suivi médical, les patients seulement ont pu être contactés (Figure 1).

Au total, nous avons pu étudier le profil de 244 patients, et le devenir de 206 patients.

Figure 1 : Schéma descriptif de la sélection de la population.



1.3.2. Profil de la population

1.3.2.1. Présentation générale

Une répartition en 3 groupes se dégage de notre population:

- Groupe 1 : suivi médical (n=157, 64%)
- Groupe 2 : pas de suivi médical (n=49, 20%)
- Groupe 3 : perdus de vue (n=34, 16%).

Nous allons étudier le profil de la population en fonction de ces 3 groupes (Tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques de la population.

	Population globale n(%)	Groupe 1 suivi médical n(%)	Groupe 2 pas de suivi médical n(%)	Groupe 3 perdus de vue n(%)	P
Patients	244 (100)	157 (64)	49 (20)	38 (16)	
Age (ans)	50 ± 17	55 ± 17	42 ± 16 *	43 ± 14 *	<0,0001
Age médian	50	54	37	41	
Age minimum/ âge maximum	20/90	20/90	20/85	22/66	
Homme	142 (58)	92 (59)	28 (57)	22 (58)	0,983
Nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire					
0	61 (25)	29 (19)	15 (31)	17 (46)*	
1	74 (30)	45 (29)	19 (39)	10 (27)	
2	51 (21)	37 (24)	9 (18)	5 (14)	
3	38 (16)	32 (21)	3 (6)*	3 (8)	0,033
4	14 (6)	9 (6)	3 (6)	2 (5)	
5	1 (0,4)	1 (0,6)	0	0	
Antécédents coronariens personnels	27 (11)	24 (15)	2 (4)	1 (3)	0,015
Profession					
Retraité	59 (24)	54 (34)	5 (10)	...	
Agriculteur	1 (0,4)	1 (0,6)	0	...	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	9 (4)	8 (5)	1 (2)	...	
Cadre, profession intellectuelle supérieure	10 (4)	7 (4)	3 (6)	...	0,015
Profession intermédiaire	8 (3)	4 (3)	4 (8)	...	
Employé	20 (8)	12 (8)	8 (16)	...	
Ouvrier	15 (6)	10 (6)	5 (10)	...	
Sans emploi	29 (12)	19 (12)	10 (20)	...	
Mode d'arrivée					
Moyens personnels sans avis médical	73 (30)	36 (23)	24 (49)	13 (34)	
Médecin généraliste, SOS médecins	88 (36)	60 (38)	14 (29)	14 (37)	
Ambulance après régulation Centre 15/SAMU	34 (14)	24 (15)	4 (8)	6 (16)	0,08
Pompiers	15 (6)	11 (7)	2 (4)	2 (5)	
SMUR	34 (14)	26 (17)	5 (10)	3 (8)	
Douleur thoracique					
Typique	185 (76)	119 (78)	38 (78)	28 (74)	0,277
Persistante à la sortie	27 (11)	17 (11)	6 (12)	4 (11)	0,941
Classe diagnostique initiale					
Coronarienne	14 (6)	11 (7)	3 (6)	0	
Cardiaque non coronarienne	16 (7)	14 (9)	2 (4)	0	0,275
Non cardiaque non coronarienne	214 (87)	132 (84)	44 (90)	38 (100)	
Orientation					
Retour à domicile	218 (89)	135 (86)	47 (96)	36 (95)	
Redressement Diagnostique	85 (41) [°]	71 (45)	14 (28)	...	0,029

* comparaison significative vs groupe "suivi médical"

[°] pour n total=206

1.3.2.2. Age

Dans la population globale, l'âge moyen et la médiane sont de 50 ans, répartis entre les âges extrêmes de 20 et 90 ans.

Il existe une différence significative ($p < 0.001$) entre le groupe 1 et les 2 autres groupes. Le groupe 1 est plus âgé (Tableau 2, p.33).

1.3.2.3. Sexe

Il existe une prédominance masculine équivalente ($p = 0.983$) dans les trois groupes (Tableau 2), avec un sexe ratio global de 1,39.

1.3.2.4. Profession

Cette variable compte 93 données manquantes (38% de la population). La profession est rarement mentionnée dans les dossiers des urgences. Les données des « perdus de vue » n'ont pu être récupérées (38). Elles sont réparties dans les deux autres groupes, chacun ont 27% de données manquantes. La profession antérieure des patients retraités n'est pas connue.

Dans la population globale, nous comptons 71% ($n = 147$) de patients actifs et 29% ($n = 59$) de retraités. Les deux catégories socioprofessionnelles qui se distinguent sont les retraités et les sans-emploi (Tableau 2). Le nombre de retraités est nettement supérieur dans le groupe suivi médicalement.

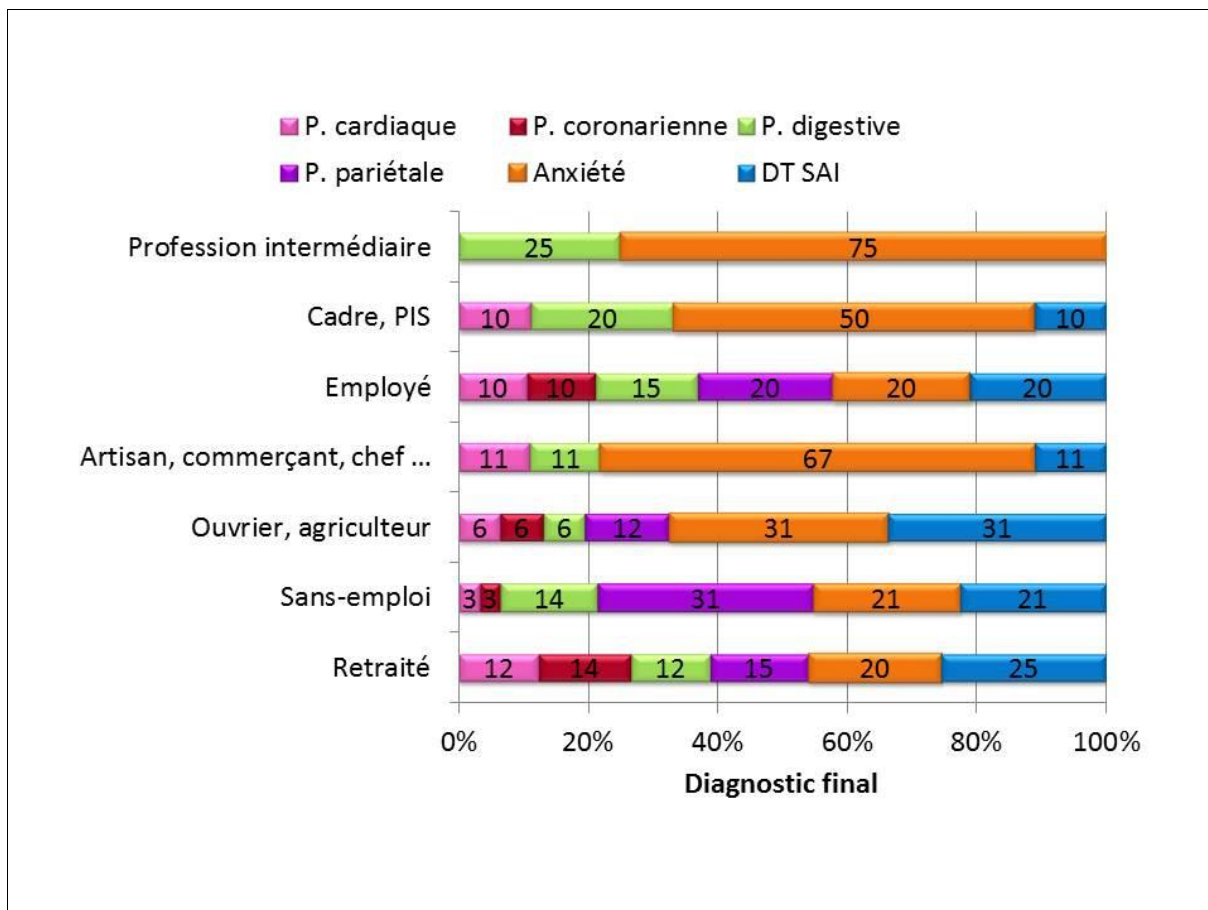
La Figure 2 (p.35) met en avant des disparités dans la survenue de certaines pathologies en fonction du statut socioprofessionnel, qui doivent être relevées bien que statistiquement non significatives ($p = 0.977$), compte tenu du faible nombre de données.

Les 3 classes de cadres/professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires et chefs d'entreprise, ne présentent pas de pathologie coronarienne, contrairement aux classes des employés, ouvriers et sans-emploi (33%, $n = 4$). La classe la plus concernée par cette pathologie est la classe des retraités (67%, $n = 8$).

Les classes des cadres/professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires et chefs d'entreprise souffrent principalement d'anxiété (40%, $n = 17$). L'anxiété est retrouvée dans toutes les classes socioprofessionnelles.

La classe des ouvriers et agriculteurs est peu atteinte par la pathologie pariétale (7%, n=2). Cette pathologie affecte préférentiellement les « employés » et les « sans-emploi » (respectivement 15%, n=4 et 33%, n=9).

Figure 2: Relation entre la profession et le diagnostic final.



1.3.2.5. Mode d'arrivée

Le SMUR représente 14% (n=34) des modes d'arrivée aux urgences (Tableau 2, p.33).

La majorité des patients consulte directement aux urgences ou après avis médical auprès d'un médecin généraliste. La moitié des patients du groupe 2 sont arrivés aux urgences par leurs moyens personnels, sans avis médical préalable.

Les pompiers sont intervenus dans 6% (n=15) des cas de douleur thoracique.

1.3.2.6. Douleur thoracique

Le type de douleur thoracique est comparable entre les 3 groupes ($p=0.277$) (Tableau 2, p.33).

La majorité de la population a une présentation typique de douleur thoracique coronarienne ($n=185$, soit 76%).

La douleur est persistante à la sortie des urgences chez 27 patients, soit 11% des cas. Le diagnostic initial de ces patients est présenté dans le Tableau 3. Trois patients étaient diagnostiqués « angor », et dans 59% ($n=16$) des cas « pathologie pariétale ». Tous sont rentrés directement à domicile.

Tableau 3 : Diagnostic initial des patients ayant des douleurs persistantes à la sortie des urgences. (DT SAI : Douleur thoracique sans autre indication)

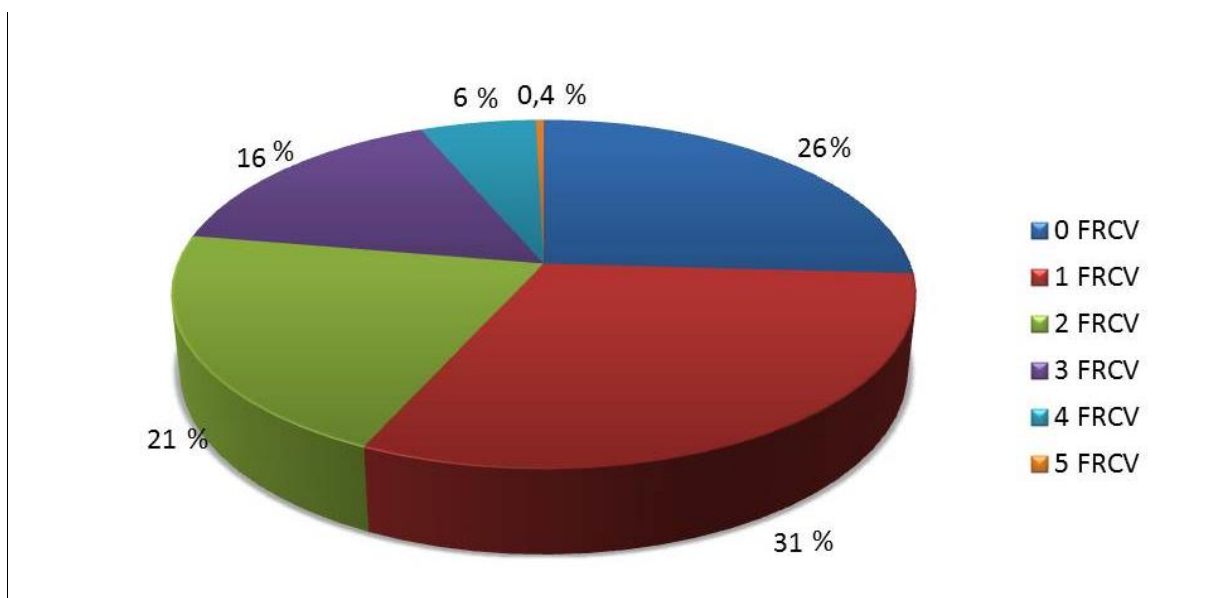
Diagnostic initial	n (%)
Angor	3 (11)
Pathologie pariétale	16 (59)
Pathologie digestive	1 (4)
Anxiété	1 (4)
DT SAI	6 (22)

1.3.2.7. Facteurs de risque cardiovasculaire

Les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) étudiés sont au nombre de six (l'âge, le tabac, le diabète, l'HTA, la dyslipidémie et les antécédents familiaux cardiovasculaires). Pour ce dernier, le taux de valeurs manquantes dans la population globale est de 30% (n=73).

La majorité des patients (55 %, n=135) a moins de 2 FRCV, et 22% (n=53) ont plus de 2 FRCV (Figure 3).

Figure 3 : Nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire cumulés.

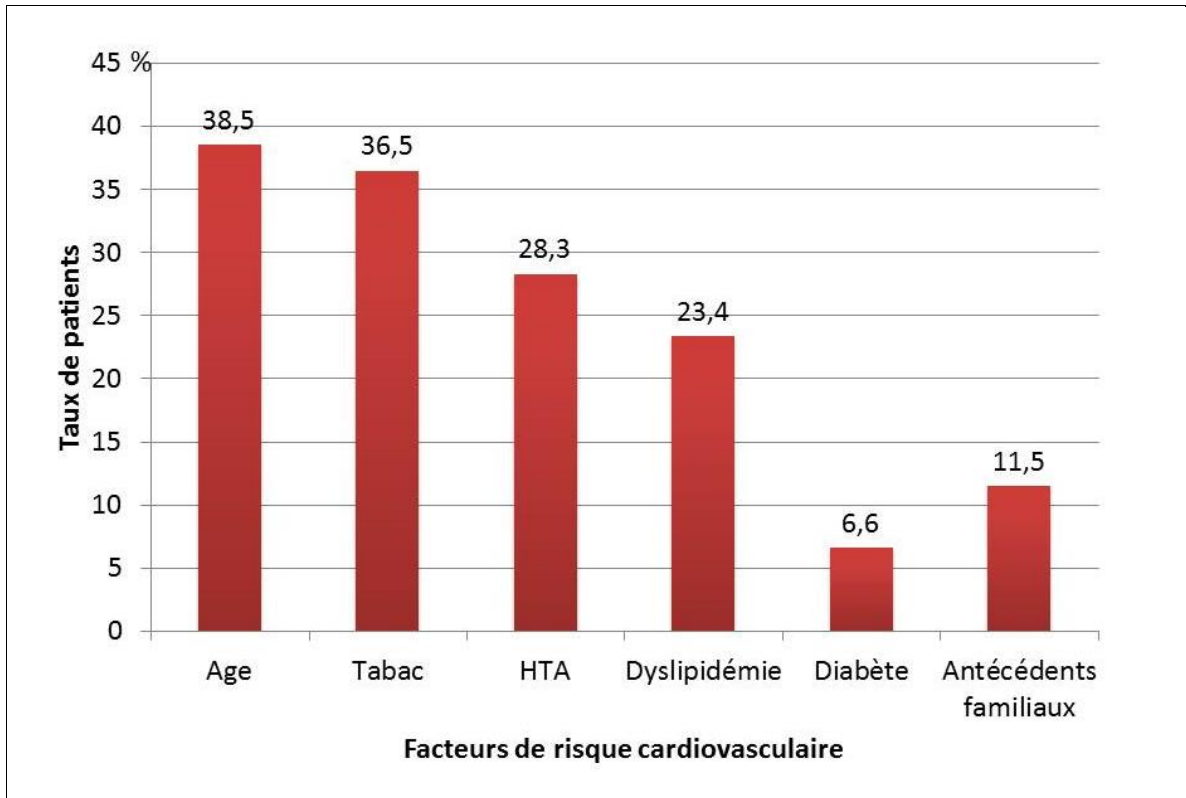


Dans le groupe 3 (perdus de vue), le nombre de patients avec un nombre de FRCV nul, est significativement plus élevé que dans le groupe 1 (Tableau 2, p.33).

Dans le groupe 2 (sans suivi médical), le nombre de patients avec 3 FRCV est significativement plus bas que dans le groupe 1 ($p=0.033$). Pour les patients avec 4 FRCV il n'y a pas de différence entre ces groupes.

L'âge et le tabac sont les facteurs de risque cardiovasculaire les plus fréquents dans la population globale (Figure 4). Le facteur « âge » est réparti de manière comparable entre les hommes et les femmes (respectivement 24% et 22%). Le tabac est plus fréquent chez les hommes (28% contre 8,6% chez les femmes).

Figure 4 : Répartition des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population générale.



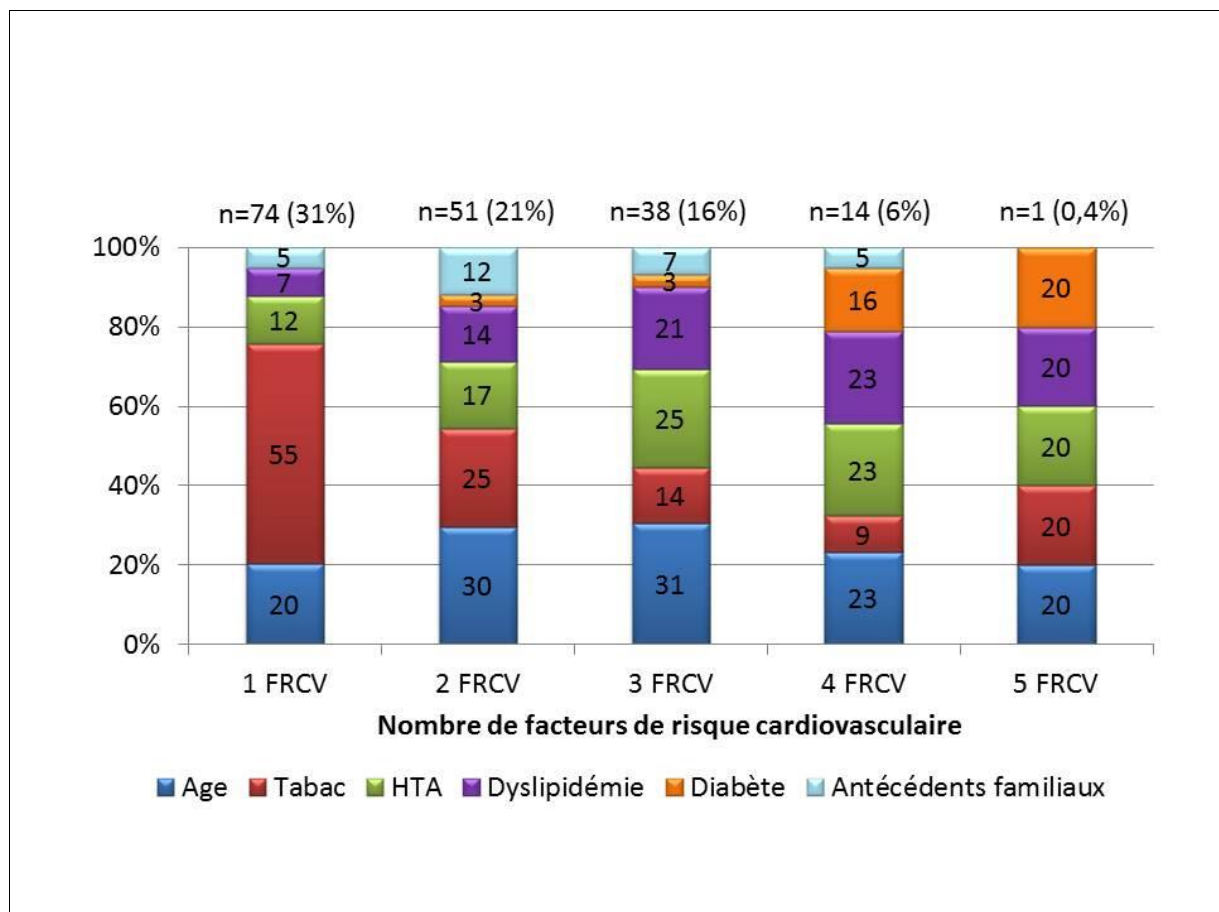
Le tabac est le FRCV le plus fréquemment rencontré chez les patients ayant 1 FRCV ($p=0.042$). Dans les autres classes, il est inversement proportionnel au nombre de FRCV cumulés, pour arriver à 9% dans la classe 4 FRCV (Figure 5).

Le diabète est le FRCV le plus rare dans la population globale (7%). Il est principalement retrouvé chez les patients associant plusieurs FRCV (16% chez les patients associant 4 FRCV).

La dyslipidémie croît également avec le nombre de FRCV cumulés (7% pour 0 FRCV, 23% pour 4 FRCV).

Un seul patient associe 5 FRCV, le facteur manquant étant les antécédents familiaux. Aucun patient n'associe les 6 FRCV dans l'étude.

Figure 5 : Proportion et nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire.



1.3.3. Diagnostic initial

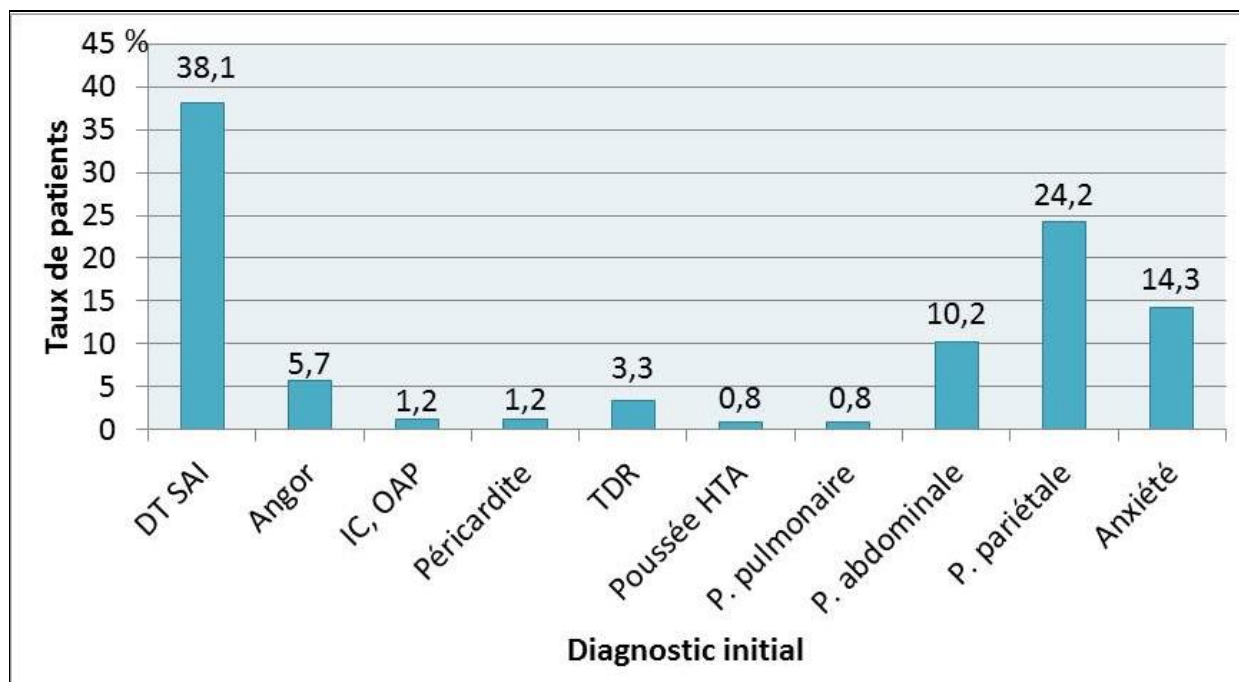
Les diagnostics initiaux sont posés à la sortie des urgences ou de l'hôpital en cas d'hospitalisation. Ils sont au nombre de dix, présentés dans la Figure 6.

Les pathologies cardiaques représentent 13% (n=30) des diagnostics initiaux, dont 46% (n=14) de pathologies coronariennes à type d'angor. Les syndromes coronariens aigus (SCA) troponine positive ont été exclus initialement.

La douleur thoracique sans autre indication (DT SAI) est le diagnostic le plus fréquent (n=93, 38%). Les pathologies pariétales sont au second rang (n=59, 24%).

Les pathologies pulmonaires regroupent les diagnostics de trachéite et de bronchite. Les autres pathologies pulmonaires à imageries et/ou biologies positives ont été initialement exclues (Tableau 1, p.30). Les pathologies abdominales regroupent principalement les pathologies de l'œsophage.

Figure 6: Diagnostics initiaux.

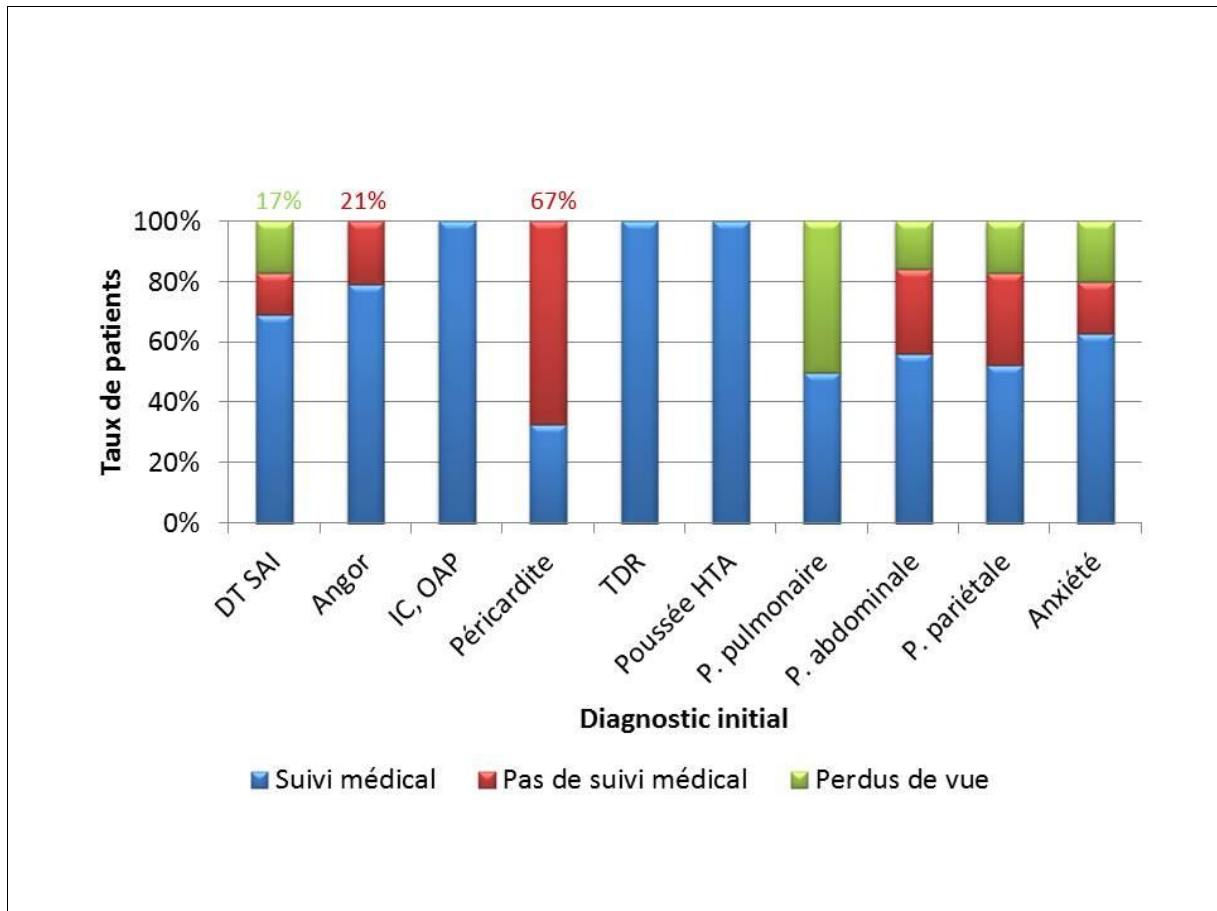


Les pathologies abdominales, pariétales et l'anxiété sont fréquentes dans les 3 groupes (Figure 7).

Trois patients diagnostiqués « angor » et deux patients diagnostiqués « péricardite » n'ont pas eu de suivi médical.

Seize patients (17,2%) diagnostiqués « DT SAI » ont été perdus de vue.

Figure 7: Répartition du diagnostic initial en fonction du suivi médical.



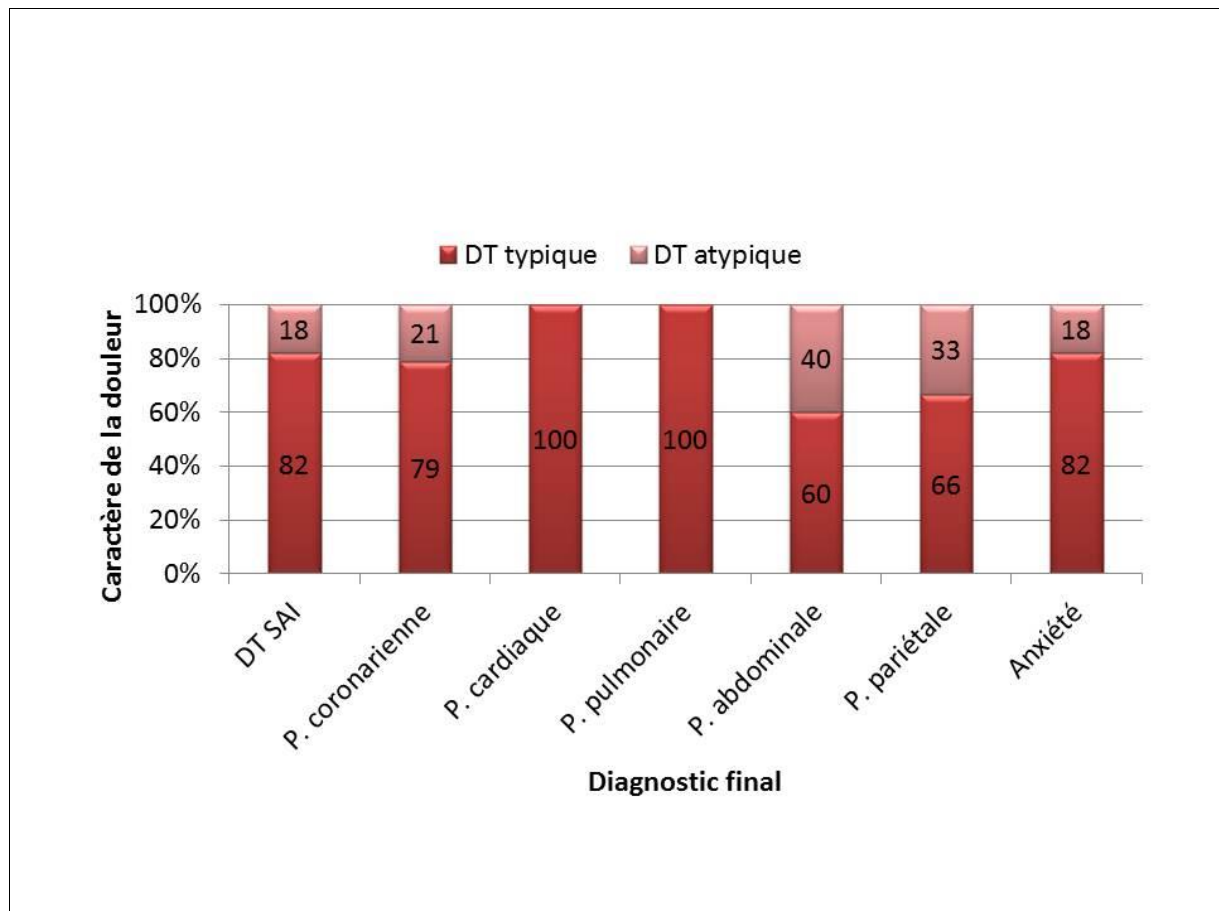
1.3.3.1. Difficulté diagnostique

Dans notre étude, la douleur thoracique est typique de douleur coronarienne dans seulement 79% (n=11) des cas diagnostiqués « pathologie coronarienne », et dans 100% (n=16) des cas diagnostiqués « pathologies cardiaques non coronariennes » (Figure 8).

Dans 82% (n=29) des cas d'anxiété, la présentation de la douleur évoque une pathologie coronarienne. Il en est de même pour plus de la moitié des pathologies abdominales et pariétales.

A la sortie des urgences, 74 cas de douleur thoracique de présentation typique restent non étiquetés.

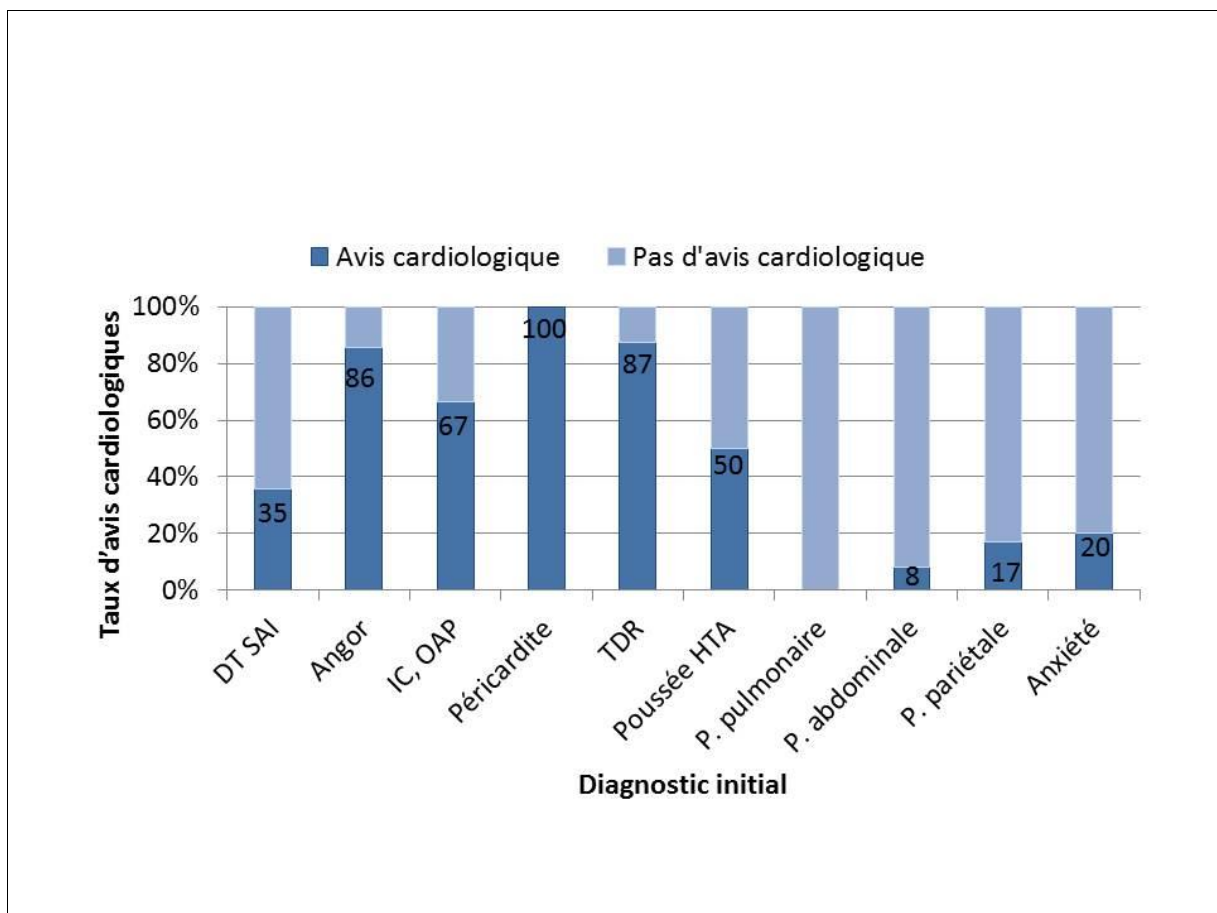
Figure 8: Confrontation du type de douleur thoracique avec le diagnostic final.



Un avis cardiologique a été demandé dans 32% (n=77) des cas de douleur thoracique et dans 83% (n=25) des pathologies cardiaques (Figure 9). Il a permis d'exclure une pathologie cardiaque dans 25% (n=19) des cas, dont 37% (n=7) correspondaient à un trouble anxieux.

Au total, 14% (n=11) des cas de douleurs thoraciques ayant bénéficié d'un avis cardiologique restent sans diagnostic à la sortie des urgences.

Figure 9: Comparaison du taux d'avis cardiologiques dispensés et du diagnostic initial.

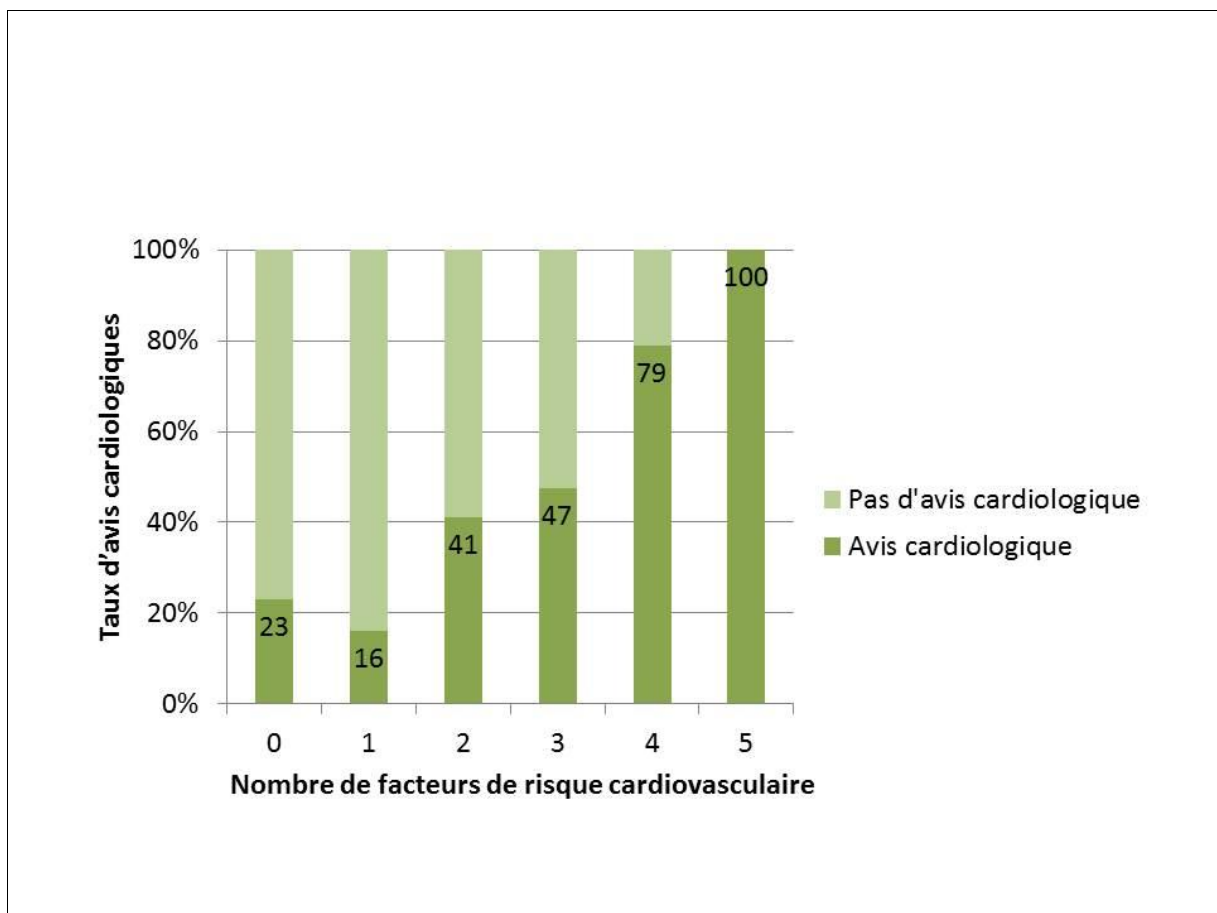


Le recours à un avis cardiologique est croissant avec le nombre de FRCV cumulés par patients (Figure 10).

Il n'y a pas eu d'avis cardiologique pour 21% (n=3) des patients se présentant pour douleur thoracique avec 4 FRCV. Pour 2 de ces 3 patients, aucune complication cardiovasculaire à 1 an n'a été déclarée. Leurs diagnostics finaux sont pathologies pariétale et digestive. Le troisième patient est « perdu de vue ».

Il y a eu un avis cardiologique pour 23% (n=14) des patients sans FRCV, permettant un diagnostic de péricardite dans 21% (n=3) des cas. Pour les autres patients, les deux principaux diagnostics initiaux sont l'anxiété (n=5, 36%) et la pathologie pariétale (n=3, 21%). Le reste des patients est « perdu de vue ».

Figure 10 : Relation entre les avis cardiologiques dispensés et le nombre de FRCV cumulés.



Si l'on s'intéresse au diagnostic final, nous constatons que 6 patients coronariens n'ont pas bénéficié d'avis cardiologique. D'après le Tableau 4, la majorité de ces patients n'avait pas de diagnostic posé à la sortie des urgences. La moyenne d'âge est de 58 ans et tous avaient moins de 4 FRCV. Un patient a déclaré un événement cardiovasculaire majeur.

Tableau 4 : Caractéristiques des patients coronariens n'ayant pas bénéficié d'avis cardiologique.

Diagnostic initial	Age (ans)	Nombre de FRCV	Diagnostic final
DT SAI	61	1	Décès de SCA
DT SAI	59	3	Angor
Angor	63	3	Angor
DT SAI	57	2	Angor
DT SAI	54	1	Angor
Anxiété	53	0	Angor

1.3.3.2. Orientation

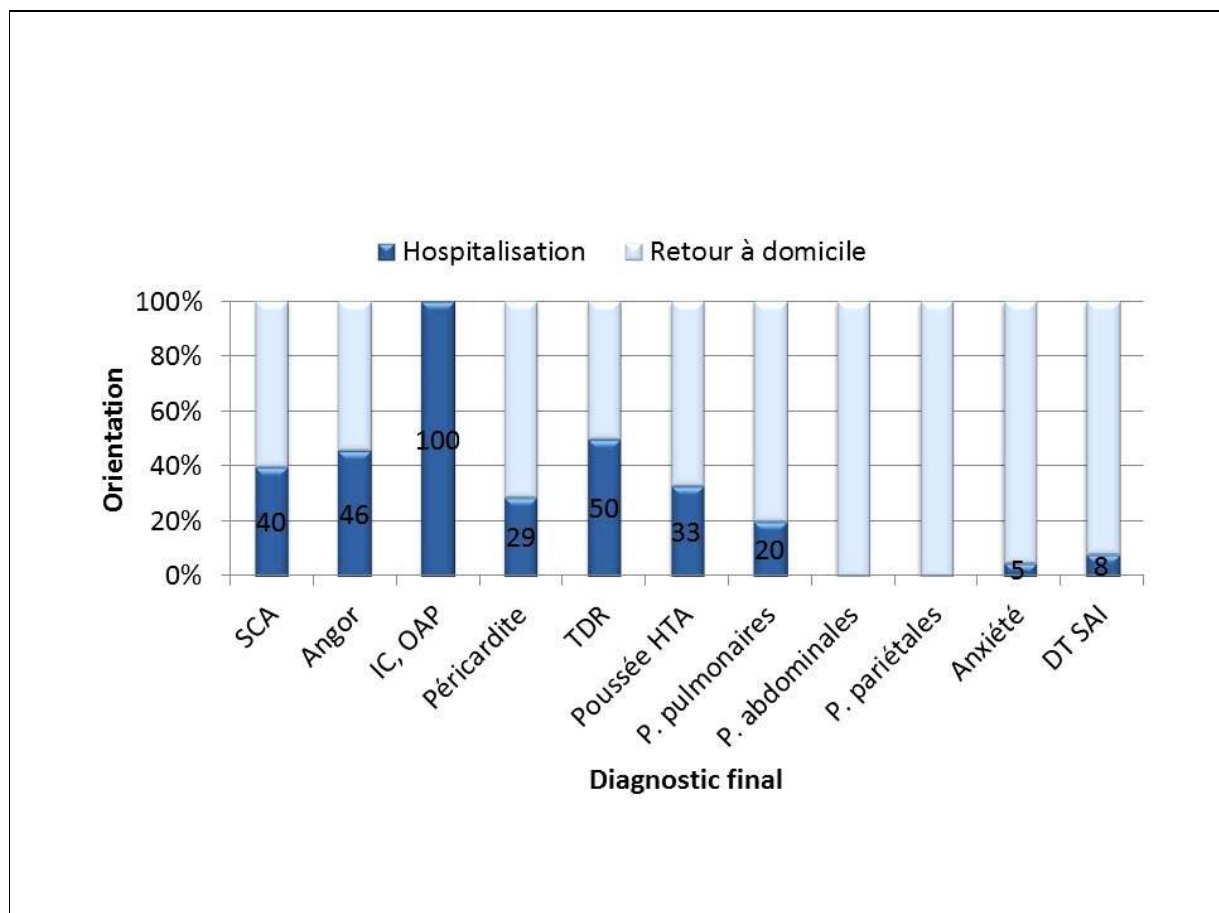
Dans 88% (n=182) des cas de douleur thoracique, le patient retourne à domicile à la sortie des urgences. L'hospitalisation est plus fréquente pour les pathologies cardiaques.

Nous avons comparé l'orientation au diagnostic final pour en évaluer la pertinence (Figure 11). A la sortie des urgences, 55% des patients coronariens (n=10) sont retournés à domicile. Parmi ces cas, nous comptons 3 SCA, dont 1 qui est décédé et 1 qui s'est compliqué d'un choc cardiogénique.

Un patient diagnostiqué initialement «pathologie pariétale » a été hospitalisé, puis redressé en diagnostic final d'« anxiété ».

Onze patients avaient une douleur thoracique restée non étiquetée malgré une hospitalisation, puis 5 ont eu un redressement diagnostique au cours du suivi post-urgences (1 SCA, 1 angor, 1 trouble du rythme, 1 pneumopathie, 1 anxiété).

Figure 11: Orientation à la sortie des urgences en fonction du diagnostic final.



1.3.4. Devenir à 1 an

Pour l'étude du devenir post-urgences, les patients « perdus de vue » (groupe 3) ont été exclus.

1.3.4.1. Suivi médical

Pour 73% des cas (n=114), le suivi médical est réalisé par le médecin généraliste. Il est effectué uniquement par le cardiologue dans 38% des cas (n=60). Un suivi pluridisciplinaire est observé chez 24% (n=37) des patients (médecin généraliste + cardiologue +/- autres spécialistes, Tableau 5).

Tableau 5 : Relation entre le redressement diagnostique et la prise en charge post-urgences.

	Population (Groupes 1 + 2) n (%)	Redressement diagnostique n (%)	p
Type de suivi médical (Groupe 1 seulement)			
Médecin généraliste	114 (73)	46 (40)	0,185
Cardiologue	60 (38)	31 (52)	
SAU	11 (7)	8 (73)	
Autre spécialiste	11 (7)	6 (54)	
Suivi pluridisciplinaire	37 (24)	18 (49)	
Examens complémentaires réalisés en externe			
Aucun	133 (65)	53 (40)	0,045
Examens d'ischémie coronarienne	53 (26)	24 (45)	
Examens cardiaques autres	11 (5)	4 (36)	
Autres examens	9 (4)	4 (44)	

1.3.4.2. Examens complémentaires

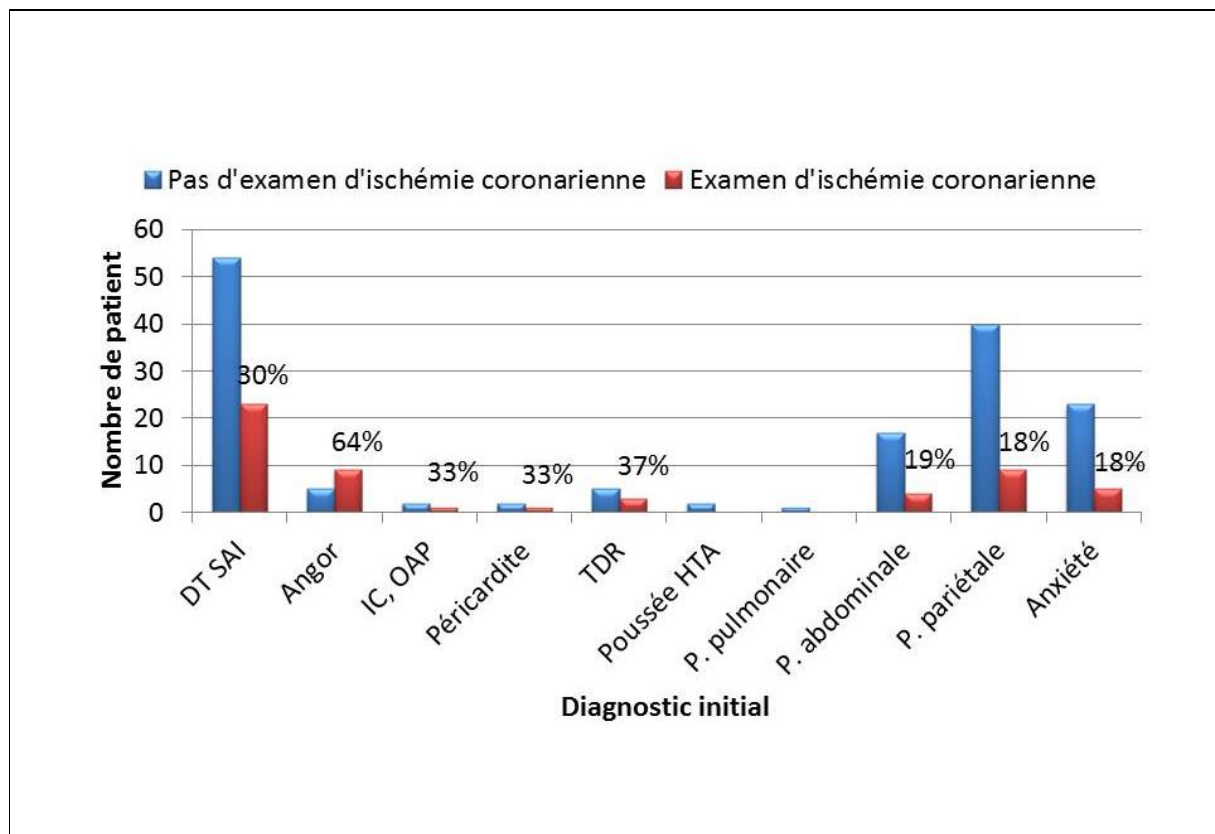
Un examen d'ischémie coronarienne a été réalisé en externe chez 26% (n=53) des patients (Tableau 5, p.47). Dans 43% (n=23) des cas, ces examens ont été demandés dans la population des patients diagnostiqués DT SAI. Tous étaient négatifs.

Un examen d'ischémie a été obtenu en externe, pour 64% (n=9) des cas d'angor et 18% (n=5) des cas de pathologies non cardiaques (Figure 12). Ces examens ont permis un redressement diagnostique dans 45% des cas (n=24).

Sur les 7 patients diagnostiqués coronariens aux urgences, 4 ont eu un examen d'ischémie dont 1 s'est avéré être positif. Sur les 18 patients diagnostiqués coronariens au terme de l'étude, 9 ont bénéficié d'un examen d'ischémie, dont 5 étaient positifs.

Un redressement diagnostique est fait pour 40% (n=53) des 133 patients n'ayant pas eu d'examen complémentaire à la sortie.

Figure 12 : Examens d'ischémie coronarienne dispensés en fonction du diagnostic initial.

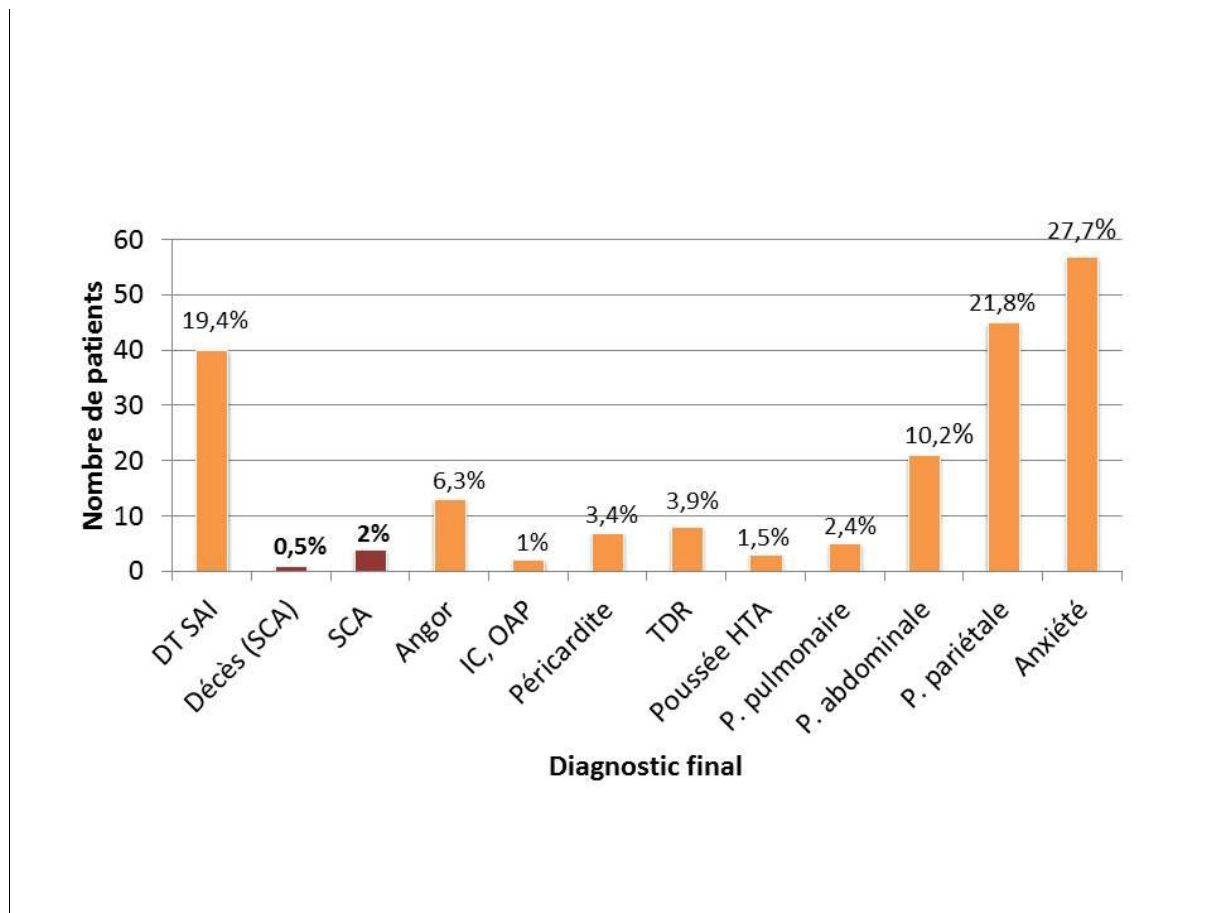


1.3.4.3. Diagnostic final

Le diagnostic final a été posé soit par un médecin pour la population suivie, soit par le patient le cas échéant. Parmi ces diagnostics, deux types d'événements majeurs ont été colligés : un décès et des syndromes coronariens aigus (SCA). L'ensemble des diagnostics finaux sont présentés dans la Figure 13.

Le nombre de patients angineux reste stable. La proportion de DT SAI a diminué (38% versus 19%). Celle des diagnostics d'anxiété a doublé (14% versus 28%).

Figure 13: Diagnostics finaux.



1.3.4.4. Redressement diagnostique

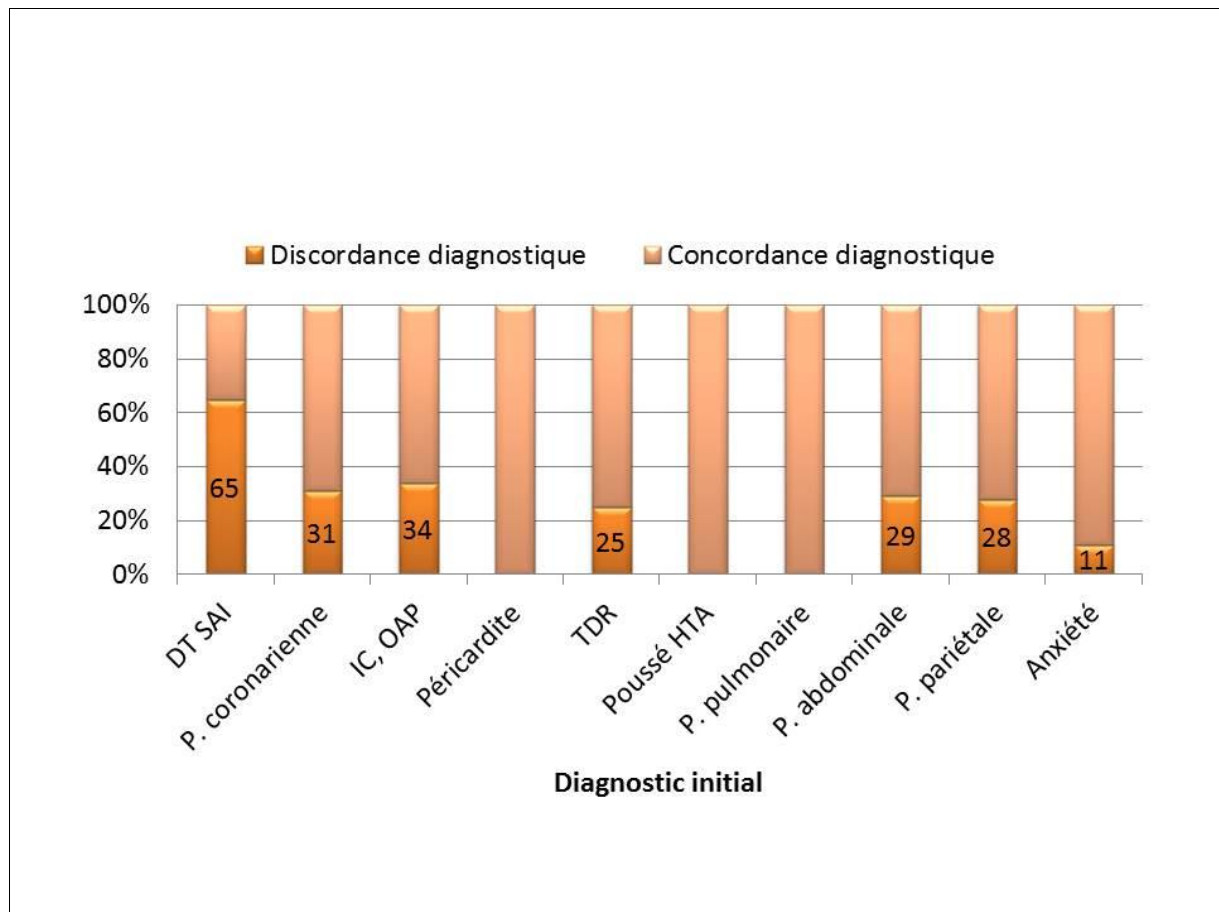
Le diagnostic final ne correspond pas au diagnostic initial dans 41% (n=84) des cas (Tableau 2, p.33). Les discordances diagnostiques sont présentées dans la Figure 14.

Les pathologies supposées coronariennes aux urgences, n'ont pas été confirmées à 6 mois dans 31% des cas (n=4). De même pour environ 30% (n=25) des pathologies abdominales et pariétales.

Un diagnostic a été posé secondairement dans 65% des cas de DT SAI (n=61).

Les diagnostics d'anxiété sont concordants dans 89% des cas (n=31).

Figure 14: Discordance diagnostique.

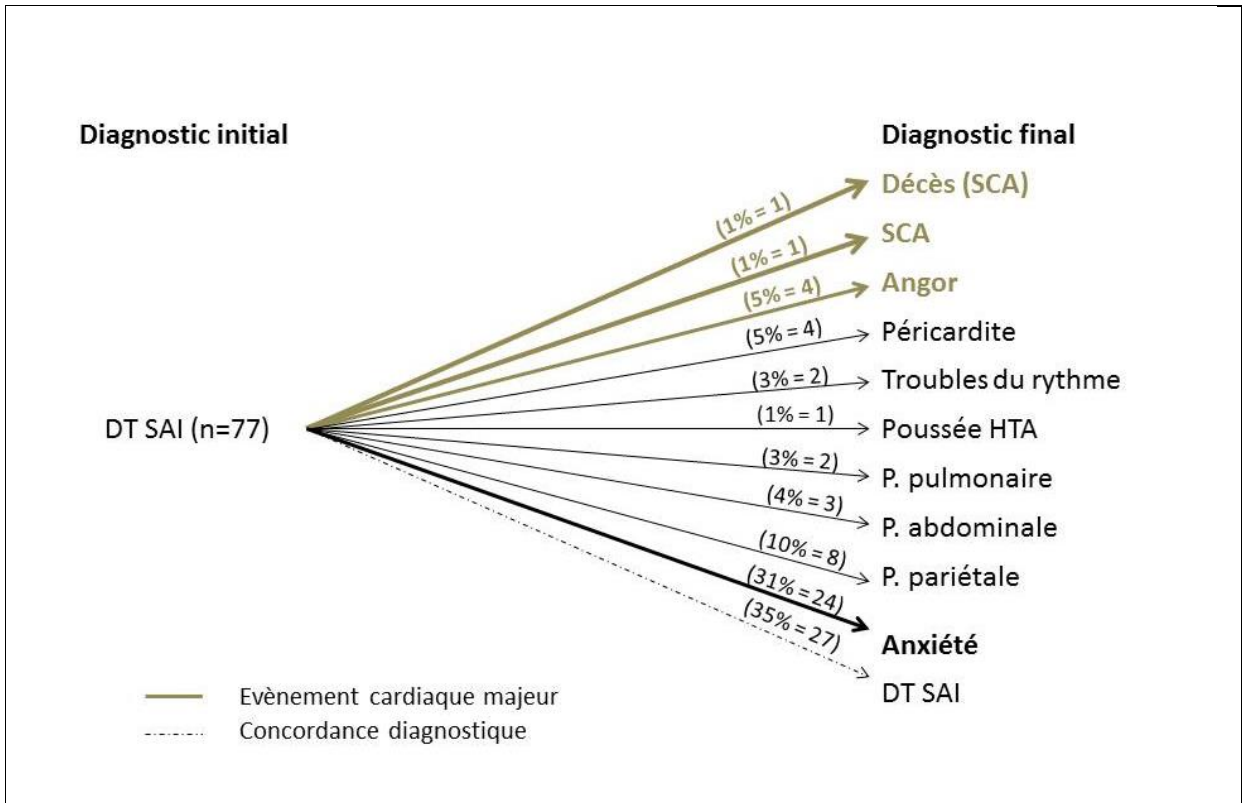


Parmi les 77 cas initiaux de DT SAI exposés dans la Figure 15, 2 cas ont présenté un événement cardiaque majeur (décès sur SCA et SCA) et 4 cas ont présenté de l'angor.

Un trouble anxieux a été diagnostiqué chez 31% des patients (n=24).

Pour 27 patients (soit 35%), la douleur thoracique est restée non étiquetée. Parmi ces derniers, 80% (n=22) ont eu un suivi médical.

Figure 15 : Redressement diagnostique des cas de DT SAI.



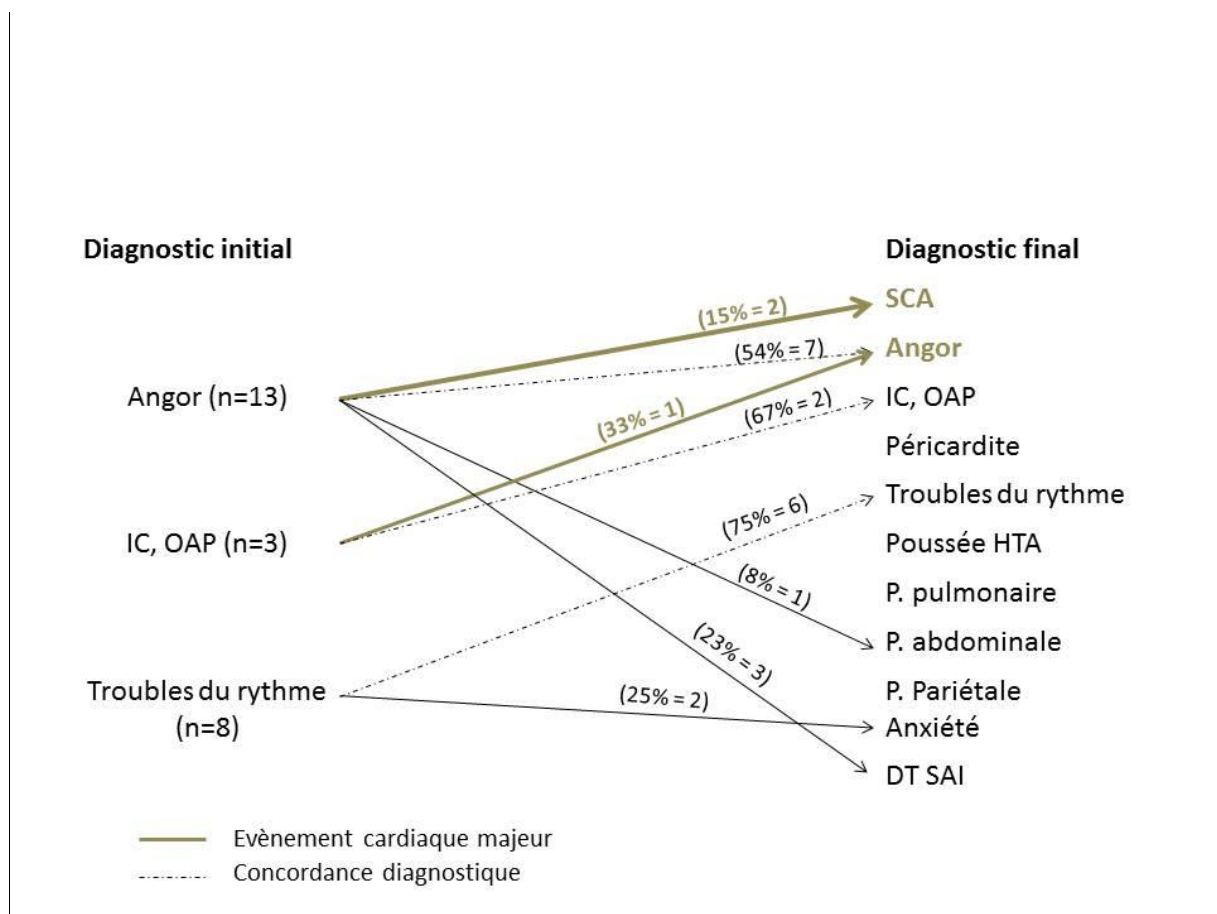
Deux SCA sont survenus dans la population diagnostiquée initialement « angor », dont 1 compliqué d'un choc cardiogénique. Pour 7 patients, il y a une concordance diagnostique sans évolution coronarienne (Figure 16).

Pour 4 patients, le diagnostic d'angor n'a pas été confirmé, dont 1 redressé en « spasme de l'œsophage ».

Un patient aurait fait une décompensation cardiaque sur un événement coronarien prouvé dans un second temps.

Deux cas de tachycardie ont été rattachés à une attaque de panique.

Figure 16: Redressement diagnostique des cas initiaux de pathologies cardiaques.

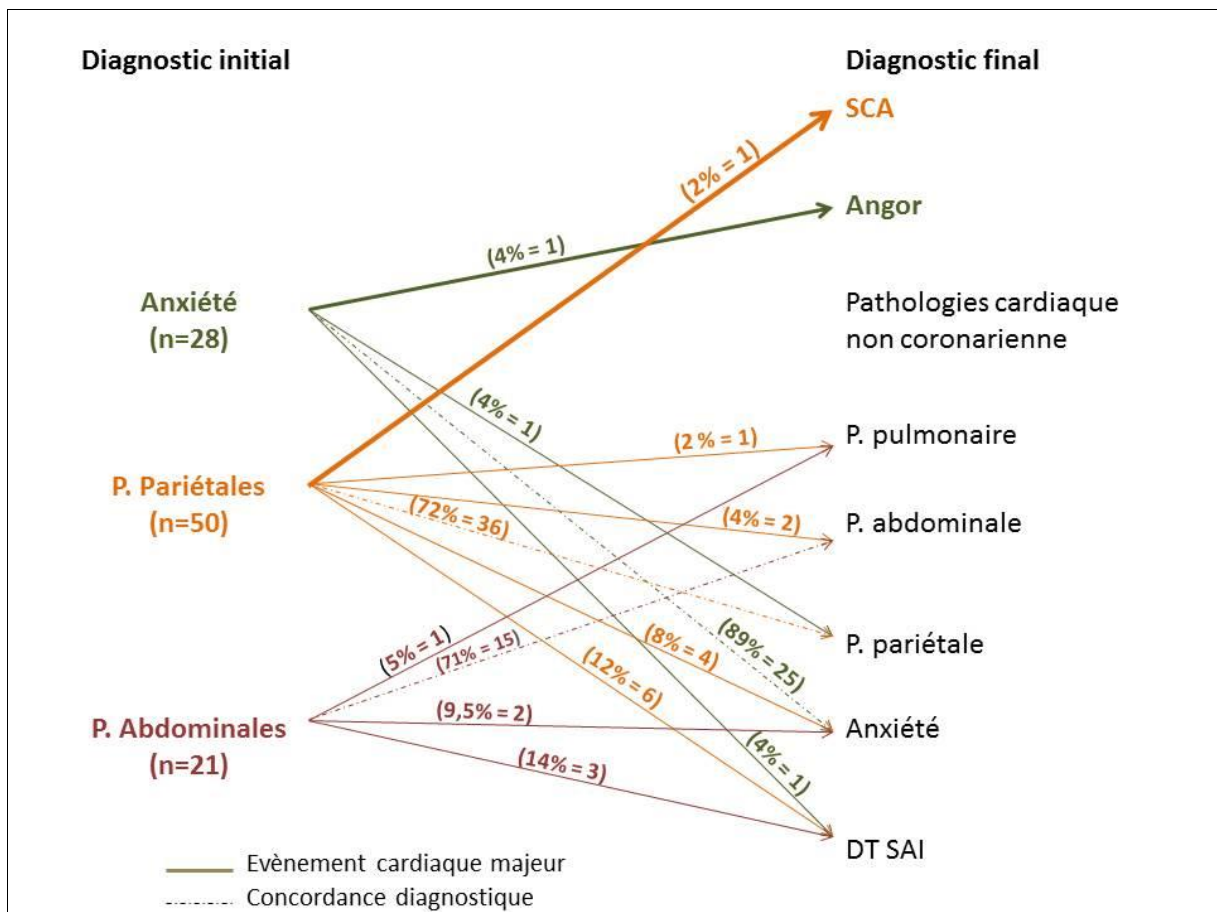


La Figure 17 indique que :

- parmi les diagnostics de « pathologies pariétales », 1 cas a été redressé en SCA.
- parmi les diagnostics d'« anxiété », 1 cas a été redressé en angor.

Il n'est pas noté de discordance diagnostique pour la classe des pathologies pulmonaires. Cependant, 1 patiente a présenté un événement majeur intra-classe. Le diagnostic de « trachéite » à la sortie des urgences a été redressé à brève échéance en « pneumothorax compressif ». De même dans la classe des pathologies digestives. Deux patients étiquetés « douleurs abdominales sans précision » ont présenté une cholécystite opérée en urgence pour l'un, et un anévrisme de l'aorte abdominale pour l'autre.

Figure 17 : Redressement diagnostique des pathologies non cardiaques.



Un redressement diagnostique a eu lieu pour 38% (n=76) des patients retournés à domicile à la sortie des urgences. Parmi ces patients, 10 (13%) ont déclaré un événement cardiovasculaire dans l'année. Ces événements sont:

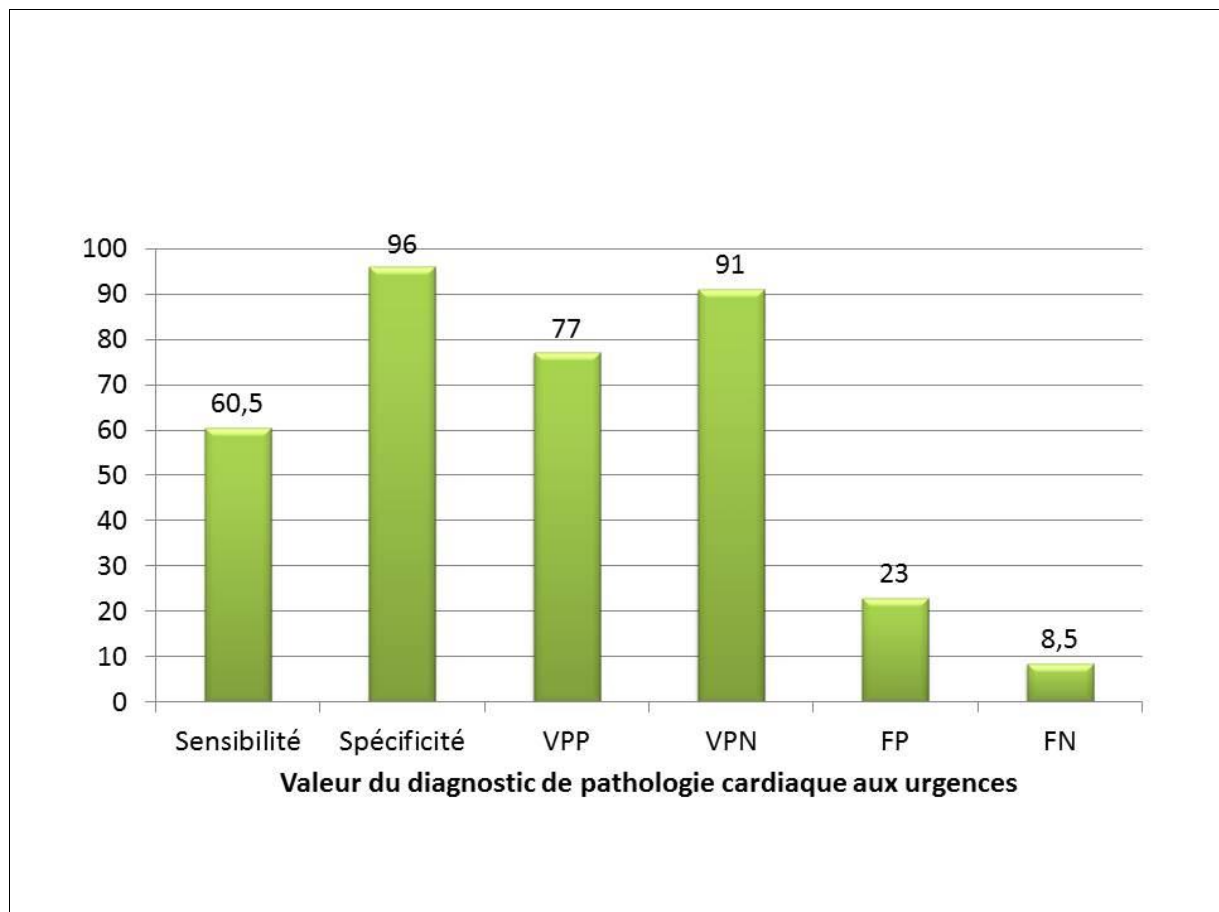
- 1 décès sur SCA,
- 2 SCA dont un avec choc cardiogénique,
- 3 angors,
- 3 péricardites,
- 1 poussée hypertensive.

1.3.4.5. Sensibilité et spécificité du diagnostic de pathologie cardiaque

Dans la population étudiée en post-urgences (n = 206), 30 patients avaient initialement une pathologie cardiaque. Parmi ces diagnostics, 23 se sont avérés être concordants à 6 mois (= vrais positifs) et 7 ont été redressés en pathologies non cardiaques (= faux positifs). La sensibilité de ce diagnostic est évaluée à 61% (Figure 18).

De même, 176 patients avaient initialement une pathologie non cardiaque. Parmi ces diagnostics, 161 étaient concordants à 6 mois (= vrais négatifs) et 15 ont été redressés en pathologies cardiaques (= faux négatifs). La spécificité est de 96%.

Figure 18: Valeur du diagnostic de pathologie cardiaque aux urgences.



1.3.5. A propos de 4 cas litigieux

Nous avons recensé dans notre étude 9 événements majeurs :

- 1 décès
- 4 SCA
- 1 pneumothorax
- 1 pleurésie
- 1 cholécystite
- 1 anévrisme de l'aorte abdominale.

Parmi ces événements, 4 ont retenu notre attention. Certains éléments peuvent être relevés et discutés.

1.3.5.1. CAS n°1 : Décès à la suite d'un SCA

Profil : femme de 60 ans avec 2 FRCV (HTA, âge).

Traitement habituel : ALDACTONE

Le 1^{er} février 2013, la patiente est adressée par son médecin traitant pour douleur thoracique atypique. Aux urgences, la douleur est décrite « non angineuse », non constrictive sans irradiation. La palpation épigastrique est sensible. Le reste de l'examen clinique est dit sans anomalie. L'ECG serait normal et la troponine recontrôlée négative. La patiente est retournée à domicile à la sortie des urgences.

Le dossier personnel unique n'a pas été retrouvé. Aucun nom de médecin généraliste n'est noté dans le dossier URQUAL des urgences. Sa fille nous a informés du décès de sa mère lors de l'appel. La patiente serait décédée d'un SCA à 6 mois dans un autre établissement. La famille n'a pas souhaité divulguer le nom du médecin généraliste ou de l'établissement, une procédure étant en cours.

1.3.5.2. CAS n°2 : SCA ST+ avec choc cardiogénique

Profil : Homme de 76 ans avec 3 FRCV (âge, HTA, dyslipidémie) et antécédents de cardiomyopathie ischémique :

- janvier 2012 : SCA ST- troponine +, 2 stents (coronaire droite et circonflexe proximale)
- et juin 2012 : SCA ST + inférieur, stenté sur la coronaire droite

Traitement habituel : CLOPIDOGREL, KARDEGIC, ADANCOR, METOPROLOL, NITRIDERM et NATISPRAY.

Fin février 2013, apparition d'une douleur thoracique fluctuante, aggravée par l'effort et le froid, partiellement résolutive sous dérivés nitrés. Le 4 mars 2013, la douleur thoracique se majore et devient constrictive en barre avec irradiation dorsale. Il consulte son médecin traitant qui l'adresse aux urgences pour « angor instable ». Aux urgences, l'ECG est superposable aux ECG de référence, la première troponine est négative. Un avis cardiologique est demandé. Il préconise un retour à domicile si la deuxième troponine est négative, avec une ETT de stress et une consultation cardiologique en externe.

Le 15 mars 2013, l'ETT de stress est positive. Une coronarographie est à programmer.

Fin mars, la douleur thoracique récidive au repos.

Dans la nuit du 1^{er} avril 2013, la douleur thoracique devient intense, associée à un tableau d'OAP. Il est pris en charge par le SMUR, qui diagnostique un SCA ST + antérieur. A l'arrivée à la SAUV des urgences, le tableau se complique d'un choc cardiogénique imposant une intubation orotrachéale. La coronarographie montre une occlusion de l'IVA proximale nécessitant la pose d'un stent. Le patient est hospitalisé dans le service de réanimation jusqu'au 12 avril, puis en cardiologie jusqu'au 13 mai. Sa fraction d'éjection ventriculaire gauche a diminué de moitié, évaluée à moins de 30% à la sortie.

1.3.5.3. CAS n°3 : SCA

Profil : Homme de 67 ans avec 4 FRCV (âge, diabète, HTA, dyslipidémie) et polyvasculaire.

Le 25 mars 2013, le patient est pris en charge par le SMUR, pour une douleur épigastrique constrictive sans irradiation, d'une durée de 15min. Sur l'ECG initial, les ondes T sont décrites négatives en inférieur, puis corrigées par l'oxygénothérapie. Le patient aurait présenté une douleur thoracique similaire au ski la semaine précédente. Un contexte traumatique n'est pas précisé. Aux urgences, l'ECG est non modifié et la troponine est négative à deux reprises. Après avis cardiologique, le patient retourne à domicile avec l'indication d'une scintigraphie myocardique et d'une consultation auprès de son cardiologue. Le diagnostic initial figurant dans URQUAL est « douleur pariétale ».

Il a consulté son cardiologue dans un délai de 1 mois. Un test d'ischémie a été programmé à 2 mois.

Fin mai, la douleur thoracique récidive. Un SCA ST+ est diagnostiqué. La coronarographie est réalisée en urgence. Deux stents actifs sont posés sur la 1ère diagonale.

1.3.5.4. CAS n°4 : Pneumothorax compressif

Profil : Femme de 49 ans avec 1 FRCV (Tabac) et antécédent de coliques néphrétiques.

Le 17 mars 2013, la patiente est adressée aux urgences par son médecin traitant pour une douleur thoracique d'apparition brutale au repos. Aux urgences, la douleur est décrite en barre rétrosternale, constrictive sans irradiation, augmentée à l'antéflexion et à l'inspiration profonde avec déclenchement de toux, blockpnée et anxiété. La saturation en oxygène est de 93% en air ambiant. L'ECG et la biologie sont normaux. Pas de radiographie pulmonaire demandée. La patiente est diagnostiquée « trachéite » et retourne à domicile avec des antalgiques.

Deux jours après, elle consulte dans un autre service d'urgence devant l'aggravation de la dyspnée et le caractère intense de la douleur. Les examens réalisés révèlent un pneumothorax massif compressif, nécessitant un drainage en urgence.

2. DEUXIEME PARTIE : DISCUSSION

2.1. Profil de la population

2.1.1. Synthèse

Nous avons étudié un échantillon de la population consultant aux urgences pour « douleur thoracique », sans anomalie objectivée par différents bilans, notamment coronariens. Cette population correspondait à la classe de faible probabilité des stratifications du risque de SCA (5)(16)(17)(18)(19).

Le profil global de notre population comprenait :

- un âge moyen de 50 ans
- une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,39
- peu de facteurs de risque cardiovasculaire (76% des patients avaient entre 0 et 2 FRCV cumulés), avec pour facteur prédominant le « tabac »
- un statut socioprofessionnel d'actifs majeur (70%), dont une classe émergente, les « sans-emploi ».

2.1.2. Dans la littérature

Les caractéristiques générales de notre population sont en partie semblables aux données de la littérature (20)(21)(22)(23)(24)(25)(9), présentées dans le Tableau 6.

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques de notre population avec la littérature.

	Geleijnse, 2000 (20)	Steg, 2002 (21)	Sanchis, 2005 (22)	Body, 2008 (23)	Chandra, 2009 (24)	Goodacre, 2009 (25)	Montassier, 2012 (9)	Notre étude, 2014
Population	n=102	n=4397	n=646	n=796	n=10145	n=1576	n=189	n=244
Age moyen (ans)	58	66	64	59	54	53	55	50
Homme (%)	66	62	68	60	49	57	54	58
Tabac (%)	46	...	20	31	34	32	36	36
HTA (%)	42	65	59	50	45	30	58	28
Diabète (%)	14	25	26	18	18	6	18	7
Dyslipidémie (%)	29	51	53	48	22	28	52	23
Antécédents familiaux (%)	47	...	12	47	32	45	41	11

2.1.2.1. Sexe

La prédominance masculine y est aussi prégnante, sauf dans l'étude de Chandra (24). A noter que dans cette étude, le groupe des exclus pour manque d'informations (5%) était majoritairement masculin.

2.1.2.2. Age et autres facteurs de risque cardiovasculaire

La moyenne d'âge est légèrement inférieure dans notre population (50 ans versus 58 ans). Néanmoins, les patients du groupe 1 étaient plus âgés, groupe correspondant aux patients suivis médicalement (55 ans). Cette différence d'âge significative intergroupe est liée au fait que la majorité des retraités se situait dans ce groupe. Ceci semble logique, puisque les personnes plus âgées, présentent généralement plus de comorbidités et ont donc pour la plupart, un suivi médical déjà mis en place.

A noter, que la moyenne d'âge de la population de Montassier (9) est plus élevée, étude réalisée à Toulouse, une des villes les plus jeunes de France (36 ans), alors que le Limousin est une des régions les plus âgées de France et même d'Europe. Dans notre étude, la douleur thoracique ne semble pas être l'apanage que des personnes âgées.

Dans la littérature, l'âge semble être un des facteurs de risque cardiovasculaire les plus associés à la maladie coronarienne (26)(27). Une augmentation considérable du risque est décrite à partir de 64 ans chez l'homme par Skinner (28). Cette prédominance masculine semble disparaître à partir de 75 ans d'après Lernfelt (29) et Fox (30).

Notre étude vient corroborer les données de la littérature. La moyenne d'âge des patients diagnostiqués à 6 mois comme coronariens, est de 64 ans. Plus précisément, elle est de 67 ans pour les patients ayant présenté des événements coronariens majeurs (n=5), avec pour extrêmes 50 et 80 ans. Pour les patients avec le diagnostic d'angor (n=13), elle est de 63 ans, avec pour extrêmes 43 et 85 ans.

Parmi les patients coronariens, 39% (n=7) sont des femmes, toutes âgées de moins de 64 ans, sauf une. De plus, 4 patients sur 5 qui ont présenté un événement cardiaque majeur sont des hommes. Les données de Lernfelt et Fox ne sont pas éloquentes dans notre population.

Dans notre étude, le tabac devance l'âge en terme de fréquence, lorsque peu de FRCV sont associés. L'homme est le principal consommateur (28% versus 9%) malgré l'émergence probante des femmes dans ce domaine (31). Si l'on se focalise sur notre population étiquetée coronarienne, la moyenne d'âge des fumeurs (33%) est de 53 ans versus 70 ans. Le tabac est un facteur de risque fréquent chez l'homme jeune.

D'après Dupuy (32), la classe d'âge la plus touchée par le tabagisme serait celle des 18-25 ans (36%), pour atteindre 8 % des 65–75 ans. Cette décroissance pourrait mettre en exergue l'efficacité à long terme de la prévention contre le tabagisme. L'effet des mesures de prévention récentes, notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics depuis janvier 2007, n'a pas encore été mesurée sur la fréquence du tabagisme. Seule une étude réalisée

en France, à la faveur de cette interdiction de fumer, a montré une diminution de l'exposition tabagique du personnel d'un service d'hospitalisation psychiatrique après ces mesures (33).

Pour les autres facteurs de risque cardiovasculaire, la principale différence concerne l'HTA, sous-représentée au sein de notre population.

Le diabète et la dyslipidémie sont principalement présents lorsqu'au moins 3 FRCV étaient associés. Ce fut le cas pour 6% de notre population, et pour les populations de Sanchis (13%) et Body (10%) (22)(23).

Dans la population compliquée de SCA, 60% (3 patients sur 5) avaient au moins 3 FRCV cumulés. Pour les patients atteints d'angor, 70% (9 patients sur 13) avaient moins de 3 FRCV cumulés. Dans la population globale, un seul patient associait 5 FRCV. Ce dernier n'avait pas de diagnostic posé à la sortie des urgences, et n'a pas eu de redressement diagnostique ou de complications à 1 an.

Dans la littérature, les facteurs de risque cardiovasculaire et leur association ont une faible valeur diagnostique de SCA (4)(20)(25)(23). Le facteur le plus associé au SCA serait les antécédents coronariens personnels (4)(26)(24). Dans notre étude, 11% des patients avaient des antécédents coronariens, dont 7% étaient revascularisés. Sur les 5 patients ayant présenté un SCA, 2 étaient coronariens connus dont 1 revascularisé. Cette population est trop faible pour pouvoir conclure sur ce sujet.

2.1.2.3. Statut socioprofessionnel

Cette variable souffre d'un fort taux de valeurs manquantes. Le groupe 3 (les « perdus de vue »), n'a pas pu être étudié sur le plan socioprofessionnel. Il comprend une majorité de sujets étrangers (Angleterre, Afrique du nord, Europe de l'est). Ils sont, pour la plupart, non joignables car domiciliés hors de France. De plus, beaucoup avaient une couverture sociale précaire et ne pouvaient donc pas financer leur suivi médical. Les données post-urgences n'ont ainsi pu être recueillies. Cependant, les pathologies initiales rencontrées dans ce groupe de patients semblent comparables au reste de la population.

Nous avons analysé la prévalence de certaines pathologies en fonction du milieu socioprofessionnel. Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature.

D'après la Figure 2 (p.35), les patients avec un niveau de vie supérieur semble moins concernés par la pathologie coronarienne que les patients ayant un niveau de vie inférieur (0% versus 33%, n=4). Une étude anglaise de 1991, a montré que les professions combinant une forte charge de travail, un faible pouvoir décisionnel et un développement intellectuel

pauvre, ont un risque supérieur de développer des maladies cardiovasculaires (34)(35). Cette combinaison appelée « job strain » est caractéristique dans les classes des employés et des ouvriers (36)(37). Mais parmi les douleurs thoraciques, la pathologie coronarienne reste l'apanage des retraités, pour qui, malheureusement, nous ne connaissons pas les professions antérieures. Le groupe 3, ayant dans l'ensemble un niveau de vie plus précaire, n'a pas pu être étudié sur ce plan.

L'anxiété est prépondérante dans toutes les classes sociales. La prise de conscience des problèmes de stress et de « burnout » au travail, à la fois par de nombreuses entreprises et par les pouvoirs publics, montre l'ampleur et l'importance de ce phénomène dans notre société.

2.2. Du diagnostic initial au diagnostic final

La douleur thoracique avait une présentation typique de maladie coronarienne dans 76% (n=185) des cas. Dans la littérature, ce taux est mitigé, allant de 83% (n=6 420) pour El-Menyar (38) au Qatar, à 48% (n=4 167) pour Canto (39) aux Etats-Unis, pour une même définition des caractéristiques de la douleur. La population d'El-Menyar avait une moyenne d'âge de 56 ans et ne comptait que 22% de femmes (n=1288), contrairement à celle de Canto (moyenne d'âge 72 ans et 55% de femmes). Les sujets âgés et le sexe féminin seraient plus à risque d'avoir une présentation atypique de douleur thoracique (40).

2.2.1. Le mode d'arrivée

En ces temps de campagne médiatique sur le SCA (41), nous pouvons être interpellés par le fait qu'un tiers seulement des patients présentant une douleur thoracique typique compose le 15. Nous rappelons tout de même que nous avons exclu de notre population les diagnostics initiaux d'infarctus du myocarde.

La majorité des patients est arrivée aux urgences par ses moyens personnels (n= 161, 66%), avec ou sans avis médical préalable. Ce chiffre est comparable à une autre étude française de 2009 (69%, n=9 010) (42). Une étude de 2008, menée en Belgique, a montré que dans plus de la moitié des cas, les patients suspects de pathologie coronarienne aiguë en cabinet de ville, puis envoyés aux urgences, ne bénéficiaient pas de transport médicalisé (43). Une étude complémentaire sur la même population a mis en avant que l'adhésion du médecin généraliste à son diagnostic initial, conduit à un mode de transport plus adapté (44).

Le diagnostic initial est difficile à poser. Le SMUR est intervenu au final pour de l'anxiété dans 23% des cas et pour une douleur pariétale ou digestive dans 40% des cas. Le tableau s'est avéré être coronarien dans 10% des cas.

2.2.2. Un diagnostic difficile aux urgences

2.2.2.1. Caractéristique de la douleur

Les patients coronariens ont présenté une douleur thoracique typique dans 83% (n=15) des cas. Cependant, 8 patients ont eu une discordance diagnostique et n'ont été redressés que secondairement vers une pathologie coronarienne, dont 1 décédé d'un SCA. Les diagnostics initiaux de ces cas discordants étaient : l'anxiété, la pathologie pariétale et 6 DT SAI. Au terme de notre étude, 9 patients de présentation typique sont restés non étiquetés.

Il est difficile de faire la différence entre l'« anxiété symptôme », alertant de la présence d'un trouble organique sous-jacent, et l'« anxiété maladie », telles que, l'attaque de panique (anxiété aiguë) ou l'anxiété généralisée (anxiété chronique). Le tableau clinique de l'attaque de panique peut être particulièrement trompeur. Il s'est manifesté au sein de notre population, par une douleur thoracique typique dans 84% (n=46) des cas. Une étude réalisée dans un centre d'urgence cardiovasculaire a évalué jusqu'à 25% le taux de patients explorés dans ce contexte de douleur thoracique d'allure coronarienne, présentant en fait un trouble panique (45). La prévalence sur la vie des attaques de panique fluctue entre 6 et 14% (46). Les femmes seraient deux à cinq fois plus susceptibles d'avoir un trouble panique(47) mais cette donnée n'est pas ressortie dans notre population (23 femmes pour 34 hommes).

Tous ces cas corroborent le fait que la douleur thoracique a une mauvaise valeur diagnostique, surtout lorsqu'elle est isolée et que les examens complémentaires sont non contributifs. Diverses études en témoignent (25)(48)(38)(49)(9). Geleijnse (20) a créé un score concernant la douleur thoracique qui semble être significatif en termes de diagnostic et de pronostic au sein de sa population (n=102), mais il n'a jamais été testé à grande échelle.

2.2.2.2. Avis cardiologiques et examens complémentaires

Face à une douleur thoracique, le challenge de l'urgentiste est de confirmer ou d'écarter une pathologie cardiovasculaire potentiellement grave. Dans notre population, le SCA a été éliminé devant un ECG normal et des dosages itératifs de troponine négatifs. Sur le plan clinique, la majorité des patients a présenté une douleur thoracique typique. A ce stade, l'urgence coronarienne à court terme est normalement exclue, mais pas le diagnostic de coronaropathie. La mortalité à un an des patients atteints d'angor est de 2,8 à 6,6% (50). Cette population doit avoir des explorations supplémentaires pour être étiquetée et intégrer la bonne filière. L'urgentiste ayant des capacités d'exploration limitées, il doit en référer à un confrère cardiologue.

Dans notre étude, un avis cardiologique a été demandé dans 32% (n=77) des cas de douleur thoracique. Une pathologie coronarienne était bien sous-jacente dans 17% des cas. Parmi les patients sans avis cardiologique, 4% (n=6) étaient porteurs d'une coronaropathie, dont un est décédé d'un SCA à 6 mois. Nous pouvons donc nous interroger sur les critères motivant le médecin urgentiste à faire la demande d'un avis cardiologique.

Un avis a été donné pour 46% des patients de plus de 64 ans et pour 80% des patients ayant au moins 4 FRCV. Il semblerait qu'en pratique, la présence de ces facteurs motive cette demande. Cependant, si l'on étudie les caractéristiques des patients « omis » (Tableau 4, p.45), malgré la très petite taille de cet échantillon, nous pouvons extrapoler sur sa mauvaise spécificité, dans la mesure où leur absence peut être faussement rassurante (24). Dans ce même tableau, la proportion de patients coronariens sortis des urgences sans diagnostic est marquante. Le médecin urgentiste, avec ces seules données, n'est pas en mesure de poser le diagnostic.

Dans la population globale, 35% (n=73) des patients ont bénéficié d'examen complémentaires à la sortie, dont 71% (n=52) de tests d'ischémie. Douze pourcent (n=6) de ces derniers étaient positifs, sachant que nous ne connaissons pas les résultats dans 13% des cas (n=7). Tous les patients positifs avaient un diagnostic initial de cardiopathie (5 angors et 1 OAP). Ces patients ont eu secondairement une coronarographie et ont été revascularisés.

Cependant, 9 patients coronariens n'ont pas bénéficié de test d'ischémie, sachant que la plupart n'était pas diagnostiquée angor initialement (3 angors, 5 DT SAI, 1 anxiété). Parallèlement, tous les tests d'ischémie réalisés chez les patients sans diagnostic étaient négatifs. Aucun événement cardiovasculaire n'a été déclaré à 1 an pour cette population. Ces tests sont connus pour avoir une forte valeur prédictive négative (51)(52).

Les tests d'ischémie ont permis un redressement diagnostique dans 44% des cas (n=23), quel que soient leurs résultats.

2.2.3. Orientation

La majorité des patients admis aux urgences pour douleur thoracique d'allure coronarienne, avec un bilan global négatif, a été directement renvoyée à domicile (n=182, 88%). Cependant, 30% (n=3) des patients coronariens avec cette orientation (n=10, 55%) ont déclaré un événement cardiaque majeur (1 décès de SCA, 1 SCA avec choc cardiogénique et un SCA). Ils représentent 1,5% de la population générale. Ce taux est légèrement inférieur à ceux retrouvés dans la littérature, estimé entre 2 et 5% (7)(8)(9).

Nonobstant une hospitalisation, 2 patients sont sortis de l'hôpital avec un diagnostic de DTSAI et ont déclaré dans l'année 1 SCA et 1 récurrence d'angor. Certains événements restent imprévisibles malgré des explorations complémentaires.

Nous avons été interpellés par le taux de douleurs thoraciques persistantes à la sortie des urgences (11%, n=27). Le diagnostic dominant dans cette classe était la pathologie pariétale (n=16, 60%), mais il y figurait aussi 3 cas d'angor (11%), dont un qui s'est compliqué par un SCA à 1 mois.

2.2.4. Les manqués

L'analyse des 4 cas litigieux a fait soulever 3 problèmes majeurs :

- la pose du diagnostic initial
- l'orientation à la sortie des urgences
- l'accessibilité aux examens spécifiques

Nous avons vu qu'il peut être difficile, face à une douleur thoracique, de faire la part des choses entre une pathologie coronarienne et les autres pathologies non cardiaques (53). La pathologie coronarienne peut présenter un tableau atypique, et inversement, les pathologies non cardiaques peuvent revêtir une symptomatologie caractéristique de coronaropathie, ce qui en fait sa faible valeur diagnostique. Ceci est particulièrement trompeur lorsque les examens complémentaires sont non contributifs. Trois de nos 4 cas litigieux illustrent de cette problématique, entraînant pour l'un, un retard diagnostique

(pneumothorax), et pour l'autre, un défaut d'optimisation du suivi médical (SCA). Ces patients n'ont pas pu être orientés dans la filière adéquate.

Que penser également de l'orientation des patients avec une douleur persistante à la sortie ? De prime abord, il semble inacceptable de laisser sortir un patient toujours algique, surtout s'il n'a pas de diagnostic posé, ou pire encore, s'il est étiqueté coronarien. Mais que faire lorsque les taux d'occupation des lits de l'hôpital sont à leur comble, avec dans les urgences des patients sûrement plus instables ? Pour rappel, chez ces patients, le risque vital à court terme a été écarté. L'hospitalisation conventionnelle n'est probablement pas la réponse pour cette population.

De plus, 2 patients sont sortis des urgences avec une conduite à tenir conseillée, à mettre en place en externe. Pour ces deux cas, les délais d'obtention des examens se sont avérés être trop tardifs, puisqu'ils ont présenté un SCA avant la réalisation de ces examens.

Les autres manqués concernent les diagnostics d'anxiété et de DT SAI. L'anxiété est le diagnostic final le plus rencontré dans notre étude (n=57, 28%), et seul 44% (n=25) ont été diagnostiqués initialement. Ces patients non diagnostiqués ont également un risque vital engagé à long terme, probablement au-delà des 1 an de notre étude. Cette absence de diagnostic devant ce type de présentation clinique peut conduire à un nomadisme médical, une surmédicalisation engendrant des coûts importants, et surtout à une majoration de l'anxiété. La dépression est le trouble comorbide le plus fréquemment associé au trouble panique. Un épisode dépressif majeur est associé dans 32 à 45% des patients ayant un trouble panique (54). Cette population a un pronostic plus sombre avec un risque suicidaire plus important. Pour rappel, 20% (n=7) des diagnostics initiaux d'anxiété sont « perdus de vue ». Les urgences sont-elles un lieu adapté pour poser ce type de diagnostic et initier une prise en charge ?

2.3. En pratique

Pour faire face aux problèmes de diagnostic et d'orientation soulevés précédemment, l'alternative à l'hospitalisation conventionnelle, souvent peu adaptée en termes de contrainte pour le patient et de coût, serait l'orientation vers un centre de la douleur thoracique.

Ces centres offriraient une meilleure prise en charge à ces patients sans diagnostic, considérés à faible risque, par une évaluation coronarienne plus rapide. Parallèlement, ils permettraient à la fois de réduire les temps de passage aux urgences, et d'éviter des admissions non adaptées dans les services de cardiologie conventionnelle déjà saturés.

En effet, en accord avec les recommandations de l'ESC (5), la réalisation des tests d'ischémie peuvent être réalisés dans des délais respectables, estimés en pratique au maximum entre 30 et 50h (42)(55). Le patient intègre donc la filière cardiologique favorisant la mise en place d'un suivi adapté à la sortie du centre.

Pour les diagnostics d'anxiété et de DT SAI, une prise en charge à distance par un médecin généraliste paraît être primordiale. Au vu du recueil des données administratives, peu exhaustif dans les dossiers d'urgences, et du contexte de normalité des explorations, il paraît peu probable qu'un médecin traitant soit informé du passage de son patient. Une meilleure communication entre la médecine hospitalière et la médecine libérale permettrait une optimisation de la prise en charge, et éviterait la redondance d'examen, la surmédicalisation et des dépenses inutiles.

2.4. Les limites de l'étude

La limite principale de notre étude est le biais d'information. Il est fortement lié à son caractère rétrospectif. Certaines données ont souffert d'un manque d'exhaustivité, notamment concernant le devenir du patient. Il se peut en effet, qu'il y ait un certain degré d'incertitude sur les diagnostics finaux, surtout dans le groupe des patients sans suivi médical. Certaines informations ont pu être oubliées ou sont devenues approximatives (professions des retraités, dates par exemple).

Ce biais concerne également les éléments subjectifs retranscrits dans les dossiers. En effet, il est délicat de définir le caractère typique ou atypique d'une douleur thoracique uniquement d'après les informations notées dans le dossier, surtout si elles sont imprécises. Une part d'interprétation peut poindre dans notre analyse. Seule une étude prospective permettrait de pallier ces manques.

En outre, ce biais ne semble pas avoir influencé les données principales de notre étude, à savoir le diagnostic final et la survenue d'évènements majeurs. De plus, le recul d'un an dans une étude épidémiologique descriptive sur le devenir des patients nous apporte certains avantages, comme le simple fait de vérifier si le patient est toujours en vie. L'objectif principal de l'étude ne semble pas avoir été impacté par le nombre de perdus de vue.

2.5. Perspectives

Il est difficile de conclure sur le bénéfice global de la réalisation d'un test d'ischémie dans notre population, compte tenu du peu d'examens réalisés. Il aurait fallu que ce test soit prodigué en systématique à toute la population. Nous pouvons donc envisager, dans le cadre de l'ouverture récente d'un centre de la douleur thoracique au CHU de Limoges, une étude prospective permettant d'évaluer le bénéfice apporté pour ce type de population, en termes de durée de séjours, de coûts et de survenue d'événements cardiovasculaires à distance.

La création d'un « Dossier Patient Unique » au sein de l'hôpital a pour mission de centraliser toutes les informations d'un patient, permettant normalement une meilleure cohésion inter-service. Or, le médecin généraliste n'a pas accès à ce dossier unique. Il doit attendre, dans un délai plus ou moins long, le courrier du service. Dans les dossiers administratifs des urgences, le nom du médecin généraliste est rarement mentionné, donc le courrier occasionnellement envoyé. Un travail sur l'optimisation de la communication entre la médecine hospitalière et la médecine libérale pourrait s'avérer précieux.

Un projet sur l'optimisation de la tenue des dossiers administratif et clinique des urgences pourrait également être envisagé.

CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive des patients ayant présenté une douleur thoracique non étiquetée à la sortie du CHU de Limoges, dans le but d'étudier leur évolution diagnostique à 6 mois.

Un redressement diagnostique a eu lieu pour 41% (n=85) de la population, dont 9% (n=8) vers une pathologie coronarienne, et 38% (n=32) vers un trouble panique. Le taux de survenue d'événements cardiovasculaires majeurs est de 2,4% dans la population globale, et concerne 1,5% des patients renvoyés directement à domicile à la sortie des urgences. Ces événements sont essentiellement des syndromes coronariens aigus, dont un compliqué de décès.

La difficulté à poser un diagnostic à la sortie des urgences est prégnante dans notre étude, où les examens complémentaires sont peu contributifs. L'analyse du devenir des patients, en fonction de leur profil, corrobore la faible valeur diagnostique du type de douleur thoracique et des facteurs de risque cardiovasculaire. Le seul facteur semblant être associé à la pathologie coronarienne demeure l'âge.

Par ailleurs, après avoir écarté l'urgence vitale et thérapeutique, les urgences ne sont plus un lieu adapté pour la suite de la prise en charge de ce type de population. Les patients sont soit renvoyés à domicile, soit hospitalisés. Cependant, le secteur d'hospitalisation conventionnel n'est pas toujours accessible et en externe les délais d'obtention de tests d'ischémie dépassent ceux recommandés par l'ESC. Ainsi, l'orientation vers un centre de la douleur thoracique serait plus appropriée en termes de sûreté diagnostique et pronostique, de réduction de temps de passage aux urgences et de coûts.

La prise en charge post-urgences fait également défaut pour les patients « anxieux ». Pourtant le diagnostic doit être posé et le suivi cadré, compte tenu du risque dépressif voire suicidaire à long terme. Pour y pallier, la communication avec les médecins généralistes doit être optimisée.

Notre étude a permis de faire un état des lieux du devenir de ces patients, d'en dégager les manquements et d'en proposer des solutions.

Annexe 1. Feuille de recueil

- 1- Numéro patient
- 2- Catégorie : 0. Pas de suivi
 1. Suivi
 2. Perdu de vue
- 3- Sexe : 0. Homme 1. Femme
- 4- Age
- 5- Date d'entrée
- 6- Heure d'entrée
- 7- Mode d'arrivée : 0. Moyens personnels sans avis médical
 1. Médecin généraliste, SOS médecin
 2. Ambulance après régulation SAMU
 3. Pompiers
 4. SMUR
- 8- Douleur thoracique typique : 0. Non 1. Oui
- 9- Persistante à la sortie du SAU : 0. Non 1. Oui
- 10- Antécédents coronariens personnels : 0. Non 1. Oui
- 11- Si oui, revascularisé : 0. Non 1. Oui
- 12- Antécédents coronariens familiaux : 0. Non 1. Oui
- 13- Diabète : 0. Non 1. Oui
- 14- HTA : 0. Non 1. Oui
- 15- Dyslipidémie: 0. Non 1. Oui
- 16- Tabac: 0. Non 1. Oui
- 17- Nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire : 1 à 6
- 18- Avis cardiologique : 0. Non 1. Oui
- 19- Diagnostic initial, à la sortie des urgences :
- 1. DT SAI (+ syncope, asthénie, vagal)
 - 2. Angor
 - 3. IC, OAP
 - 4. Péricardite
 - 5. Troubles du rythme (palpitations, tachycardie, fibrillation auriculaire)
 - 6. Poussée hypertensive
 - 7. Pathologie pulmonaire (trachéite, bronchite)
 - 8. Pathologie abdominale (UGD, RGO, œsophagite, gastro-entérite aiguë)
 - 9. Pathologie pariétale (douleur rhumatologique, contracture musculaire)
 - 10. Anxiété
- 20- Classe diagnostique : 0. Coronarienne
 1. Cardiologique non coronarienne
 2. Non cardiaque
- 21-Orientation : 0. Retour à domicile
 1. Hospitalisation
- 22- Contact médical en post urgence dans les 6 mois: 0. Non 1. Oui
- 23- Par quel spécialiste :
- 1. Médecin généraliste
 - 2. Cardiologue
 - 3. Les deux
 - 4. Urgences
 - 5. MG+ cardiologue + autre spécialiste (HGE, Rhumatologue, Neurologue)
 - 6. Autre spécialiste (HGE, Rhumatologue, Interniste, Pneumologue, Neurologue, Psychiatre)

24- Examens complémentaires réalisés en externes :

- 0. aucun
- 1. Examen cardiologique d'ischémie (EE, ETT de stress, scintigraphie myocardique, coroscan, coronarographie)
- 2. Autre examen cardiologique (Holter ECG, ETT, IRM cardiaque)
- 3. Autre examen non cardiaque (Echo abdominale, FOGD, consultation psychiatrique)

25- Résultats : 0. Normal 1. Pathologique

26- Diagnostic final:

- 1. DT SAI (+ syncope, asthénie, vagal, iatrogénie)
- 2. Angor
- 3. IC, OAP
- 4. Péricardite
- 5. Troubles de rythme (palpitations, tachycardie, fibrillation auriculaire)
- 6. Poussée hypertensive
- 7. Pathologies pulmonaires (pneumothorax, pleurésie, tuberculose, asthme)
- 8. Pathologies abdominales (UGD, RGO, œsophagite, spasme du pylore, cholécystite, pyélonéphrite, anévrisme de l'aorte abdominale)
- 9. Pathologies pariétales (douleur rhumatologique, contracture musculaire)
- 10. Pathologies psychiatriques (anxiété, dépression, hystérie)
- 11. SCA
- 12. Décès (SCA)

27- Evènement majeur : 0. Non 1. Oui

28- Evènement cardiaque majeur: 0. Non 1. Oui

29- Délai de survenue :

- 1. Dans les 3 jours
- 2. à 1 semaine
- 3. à 15 jours
- 4. à 1 mois
- 5. à 2 mois
- 6. à 3 mois
- 7. à 4 mois
- 8. à 5 mois
- 9. à 6 mois
- 10. plusieurs épisodes.

30- Profession :

- 0. Retraité
- 1. Agriculteur
- 2. Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- 3. Cadre, profession intellectuelle supérieure
- 4. Profession intermédiaire
- 5. Employé
- 6. Ouvrier
- 7. Sans emploi

Annexe 2. Catégories socioprofessionnelles

Groupes socioprofessionnels (8 postes dont 6 pour les actifs)		Catégories socioprofessionnelles (42 postes dont 31 pour les actifs)	
1 Agriculteurs exploitants		11	Agriculteurs sur petite exploitation
		12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
		13	Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise		21	Artisan
		22	Commerçant et assimilés
		23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures		31	Professions libérales
		33	Cadres de la fonction publique
		34	Professeurs, professions scientifiques
		35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
		37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
		38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4 Professions intermédiaires		42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
		43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
		44	Clergé, religieux
		45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
		46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
		47	Techniciens
		48	Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés		52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
		53	Policiers et militaires
		54	Employés administratifs d'entreprise
		55	Employés de commerce
		56	Personnels des services directs aux particuliers
6 Ouvriers		62	Ouvriers qualifiés de type industriel
		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
		64	Chauffeurs
		65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
		67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
		69	Ouvriers agricoles
7 Retraités		71	Anciens agriculteurs exploitants
		72	Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise
		74	Anciens cadres
		75	Anciennes professions intermédiaires
		77	Anciens employés
		78	Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle		81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		83	Militaires du contingent
		84	Élèves, étudiants
		85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
	86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)	

Références bibliographiques

1. Buntinx F., Knockaert D., Bruyninckx R., et al. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract.*, 2001, 18(6), p. 586-589
2. Ferrieres J., Cambou J. Épidémiologie du syndrome coronaire aigu en France. *EM-Consulte*, 2007, 56, S1, p. 8-15
3. Karlson BW., Herlitz J., Pettersson P., et al. Patients admitted to the emergency room with symptoms indicative of acute myocardial infarction. *J Intern Med.*, 1991, 230(3), p. 251-258
4. Charpentier S., Ducassé J-L., Lauque D. Douleur thoracique et syndrome coronaire aigu non ST+ : un diagnostic difficile en médecine d'urgence. *J. Eur. Urgences*, 2010, 23, Supplement 1(0), p. S11-S16
5. Hamm CW., Bassand J-P., Agewall S., et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation : The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.*, 2011, 32(23), p. 2999-3054
6. Steg PG., James SK., Atar D., et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation : The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.*, 2012, 33(20), p. 2569-2619
7. Pope JH., Aufderheide TP., Ruthazer R., et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N. Engl. J. Med.*, 2000, 342(16), p. 1163-1170
8. Christenson J., Innes G., McKnight D., et al. Safety and efficiency of emergency department assessment of chest discomfort. *Can. Med. Assoc. J.*, 2004, 170(12), p. 1803-1807
9. Montassier E., Batard E., Gueffet JP., et al. Outcome of Chest Pain Patients Discharged From a French Emergency Department: A 60-day Prospective Study. *J. Emerg. Med.*, 2012, 42(3), p. 341-344
10. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle [en ligne]. 2010. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP6&millesime=2010&niveau=2&nivgeo=AU2010&codgeo=035. (Page consultée le 15/03/2014)
11. AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé). Facteurs de risque pour l'évaluation du risque cardiovasculaire global. [en ligne]. Disponible sur : http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/da2c055ce7845afe44d7aaca7c3f4de8.txt. (Page consultée le 20/03/2014)
12. Daver J., Biermé R. Short and long-term benefits of smoking cessation. *Ann. Cardiol. Angéiologie*, 2001, 50(4), p. 224-228

13. Swap CJ., Nagurney JT. Value and limitations of chest pain history in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndromes. *J. Am. Med. Assoc.*, 2005, 294(20), p. 2623-2629
14. Jones ID., Slovis CM. Emergency department evaluation of the chest pain patient. *Emerg. Med. Clin. North. Am.*, 2001, 19(2), p. 269-282
15. Davies HA., Jones DB., Rhodes J., et al. Angina-like esophageal pain : differentiation from cardiac pain by history. *J. Clin. Gastroenterol.*, 1985, 7(6), p. 477-481
16. Melki D., Jernberg T. HEART score : a simple and useful tool that may lower the proportion of chest pain patients who are admitted. *Crit. Path. Cardiol.*, 2013, 12(3), p. 127-131
17. Pereira A. Evaluation de la pertinence d'un algorithme dans la prise en charge du Syndrome Coronarien Aigu sans sus-décalage du segment ST aux urgences de Ranguueil. Thèse de doctorat en médecine. Toulouse : Université Paul Sabatier, 2011, 77 p.
18. Le Meur A., Charpentier S. Evaluation de la mise en place d'un algorithme de prise en charge du syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST aux urgences de l'hôpital de Ranguueil. Mémoire de DESC médecine d'urgence. Toulouse : Université Paul Sabatier, 2012, 24 p.
19. Danchin N., Durand É., Decalf V., et al. Stratification du risque des syndromes coronaires aigus. *Ann. Cardiol. Angéiologie*, 2007, 56, Supplément 1(0), p. S16-S20
20. Geleijnse ML., Elhendy A., Kasprzak JD., et al. Safety and prognostic value of early dobutamine-atropine stress echocardiography in patients with spontaneous chest pain and a non-diagnostic electrocardiogram. *Eur. Heart. J.*, 2000, 21(5), p. 397-406
21. Steg PG., Goldberg RJ., Gore JM., et al. Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Am. J. Cardiol.*, 2002, 90(4), p. 358-363
22. Sanchis J., Bodí V., Núñez J., et al. New risk score for patients with acute chest pain, non-ST-segment deviation, and normal troponin concentrations : a comparison with the TIMI risk score. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2005, 46(3), p. 443-449
23. Body R., McDowell G., Carley S., et al. Do risk factors for chronic coronary heart disease help diagnose acute myocardial infarction in the Emergency Department? *Resuscitation*, 2008, 79(1), 41-45
24. Chandra A., Lindsell CJ., Limkakeng A., et al. Emergency physician high pretest probability for acute coronary syndrome correlates with adverse cardiovascular outcomes. *Acad. Emerg. Med. Off.*, 2009, 16(8), p. 740-748
25. Goodacre S., Pett P., Arnold J., et al. Clinical diagnosis of acute coronary syndrome in patients with chest pain and a normal or non-diagnostic electrocardiogram. *Emerg. Med. J.*, 2009, 26(12), p. 866-870

26. Han JH., Lindsell CJ., Storrow AB., et al. The Role of Cardiac Risk Factor Burden in Diagnosing Acute Coronary Syndromes in the Emergency Department Setting. *Ann. Emerg. Med.*, 2007, 49(2), p. 145-152
27. Charpentier S., Lauque D., Cournot M., et al. Les facteurs de risque cardiovasculaire sont-ils utiles pour le diagnostic de syndrome coronaire aigu en urgence ? *J. Eur. Urgences*, 2009, 22, Supplement 2(0), p. A55
28. Skinner JS., Smeeth L., Kendall JM., et al. Chest Pain Guideline Development Group. NICE guidance. Chest pain of recent onset : assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. *Heart Br. Card. Soc.*, 2010, 96(12), p. 974-978
29. Lernfelt B., Landahl S., Svanborg A. Coronary heart disease at 70, 75 and 79 years of age : a longitudinal study with special reference to sex differences and mortality. *Age Ageing*, 1990, 19(5), p. 297-303
30. Fox K., Garcia MAA., Ardissino D., et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris : executive summary : The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur. Heart J.*, 2006, 27(11), p. 1341-1381
31. Zeller M. Le coeur des femmes : nouvelles données épidémiologiques. *Les entretiens de Bichat*, 2010, p. 31-32
32. Dupuy G., Vorspan F., Lépine JP. Épidémiologie des usages de substances addictives : résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales. *Ann. Méd-Psychol. Rev. Psychiatr.*, 2009, 167(7), p. 498-503
33. Vorspan F., Bloch V., Guillem E., et al. Smoking ban in a psychiatry department : Are nonsmoking employees less exposed to environmental tobacco smoke? *Eur. Psychiatry.*, 2009, 24(8), p. 529-532
34. Marmot MG., Smith GD., Stansfeld S., et al. Health inequalities among British civil servants : the Whitehall II study. *Lancet*, 1991, 337(8754), p. 1387-1393
35. Karasek R., Baker D., Marxer F., et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease : a prospective study of Swedish men. *Am. J. Public Health*, 1981, 71(7), p. 694-705
36. Kivimäki M., Nyberg ST., Batty GD., et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease : a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*, 2012, 380(9852), p. 1491-1497
37. Slopen N., Glynn RJ., Buring JE., et al. Job strain, job insecurity, and incident cardiovascular disease in the Women's Health Study : results from a 10-year prospective study. *PloS One*, 2012, 7(7), p. e40512
38. El-Menyar A., Zubaid M., Sulaiman K., et al. Atypical presentation of acute coronary syndrome : a significant independent predictor of in-hospital mortality. *J. Cardiol.*, 2011, 57(2), p. 165-171

39. Canto JG., Fincher C., Kiefe CI., et al. Atypical presentations among Medicare beneficiaries with unstable angina pectoris. *Am. J. Cardiol.*, 2002, 90(3), p. 248-253
40. Philpott S., Boynton PM., Feder G., et al. Gender differences in descriptions of angina symptoms and health problems immediately prior to angiography : the ACRE study. Appropriateness of Coronary Revascularisation study. *Soc. Sci. Med.*, 2001, 52(10), p. 1565-1575
41. ARS (Agence Régionale de Santé) Limousin. Infarctus? vite, le 15 [en ligne]. Disponible sur : http://www.ars.limousin.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Actualites/2013/camp-infarctusmyocarde/DOSSIER_DE_PRESSE_INFARCTUS.pdf (Page consultée le 27/03/2014)
42. Durand E., Delos A., Chaib A., et al. Performance assessment of a chest pain unit : preliminary 2-year experience in the European Georges Pompidou Hospital. *Arch. Cardiovasc. Dis.*, 2009, 102(12), p. 803-809
43. Bruyninckx R., Van den Bruel A., Aertgeerts B., et al. Half of the patients with chest pain that are urgently referred are transported in unsafe conditions. *Eur. J. Emerg. Med.*, 2008, 15(6), p. 330-333
44. Bruyninckx R., Van den Bruel A., Aertgeerts B., et al. Why does the general practitioner refer patients with chest pain not-urgently to the specialist or urgently to the emergency department? Influence of the certainty of the initial diagnosis. *Acta. Cardiol.*, 2009, 64(2), p. 259-265
45. Fleet RP., Dupuis G., Marchand A., et al. Panic disorder in emergency department chest pain patients : prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *Am. J. Med.*, 1996, 101(4), p. 371-380
46. Rouillon F. Epidemiology of panic disorder. *L'Encéphale*, 1996, 22, Spec No 5, p. 25-34
47. Bunevicius R., Liaugaudaite V., Peceliuniene J., et al. Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. *Scand. J. Prim. Health. Care*, 2014, 32, 1, p. 24-29
48. Lee TH., Cook E., Weisberg M., et al. Acute chest pain in the emergency room : Identification and examination of low-risk patients. *Arch. Intern. Med.*, 1985, 145(1), p. 65-69
49. Culić V., Eterović D., Mirić D., et al. Symptom presentation of acute myocardial infarction : influence of sex, age, and risk factors. *Am. Heart. J.*, 2002, 144(6), p. 1012-1017
50. Jones M., Rait G., Falconer J., et al. Systematic review : prognosis of angina in primary care. *Fam. Pract.*, 2006, 23(5), p. 520-528
51. Wilcox I., Freedman SB., Allman KC., et al. Prognostic significance of a pre-discharge exercise test in risk stratification after unstable angina pectoris. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 1991, 18(3), p. 677-683

52. Nyman I., Wallentin L., Areskog M., et al. Risk stratification by early exercise testing after an episode of unstable coronary artery disease. The RISC Study Group. *Int. J. Cardiol.*, 1993, 39(2), p. 131-142
53. Charpentier S., Lepage B., Maupas-Schwalm F., et al. Copeptin improves the diagnostic performance of sensitive troponin I-Ultra but cannot rapidly rule out non-ST-elevation myocardial infarction at presentation to an emergency department. *Ann. Emerg. Med.*, 2013, 61(5), p. 549-558
54. Wittchen HU., Essau CA. Epidemiology of panic disorder : progress and unresolved issues. *J. Psychiatr. Res.*, 1993, 27, Suppl 1, p. 47-68
55. Oluboyede Y., Goodacre S., Wailoo A., ESCAPE Research Team. Cost effectiveness of chest pain unit care in the NHS. *BMC Health Serv. Res.*, 2008, 8, p. 174

Table des matières

REMERCIEMENTS	19
PLAN.....	21
ABREVIATIONS.....	22
INTRODUCTION.....	23
1. PREMIERE PARTIE : ETUDE	25
1.1. Matériels et méthodes	25
1.1.1. Limoges	25
1.1.2. Le CHU de Limoges.....	25
1.1.2.1. Le service d'accueil des urgences adultes du CHU de Limoges	25
1.1.2.2. Le service de cardiologie du CHU de Limoges.....	26
1.1.3. Description et objectif.....	26
1.1.4. Sélection des dossiers	27
1.1.5. Recueil des données	27
1.1.5.1. Recueil de données aux urgences	27
1.1.5.2. Recueil de données auprès des patients et des médecins généralistes	28
1.2. Analyse statistique.....	29
1.3. Résultats	30
1.3.1. Sélection de la population	30
1.3.2. Profil de la population	32
1.3.2.1. Présentation générale	32
1.3.2.2. Age	34
1.3.2.3. Sexe	34
1.3.2.4. Profession.....	34
1.3.2.5. Mode d'arrivée	35
1.3.2.6. Douleur thoracique.....	36
1.3.2.7. Facteurs de risque cardiovasculaire.....	37
1.3.3. Diagnostic initial.....	40
1.3.3.1. Difficulté diagnostique	42
1.3.3.2. Orientation	46
1.3.4. Devenir à 1 an	47
1.3.4.1. Suivi médical.....	47
1.3.4.2. Examens complémentaires	48
1.3.4.3. Diagnostic final.....	49
1.3.4.4. Redressement diagnostique.....	50
1.3.4.5. Sensibilité et spécificité du diagnostic de pathologie cardiaque.....	55
1.3.5. A propos de 4 cas litigieux	56
1.3.5.1. CAS n°1 : Décès à la suite d'un SCA	56
1.3.5.2. CAS n°2 : SCA ST+ avec choc cardiogénique	57
1.3.5.3. CAS n°3 : SCA.....	58
1.3.5.4. CAS n°4 : Pneumothorax compressif	58
2. DEUXIEME PARTIE : DISCUSSION.....	59
2.1. Profil de la population	59
2.1.1. Synthèse.....	59
2.1.2. Dans la littérature.....	60
2.1.2.1. Sexe	60
2.1.2.2. Age et autres facteurs de risque cardiovasculaire	61
2.1.2.3. Statut socioprofessionnel	62
2.2. Du diagnostic initial au diagnostic final	63
2.2.1. Le mode d'arrivée	63
2.2.2. Un diagnostic difficile aux urgences	64
2.2.2.1. Caractéristique de la douleur	64
2.2.2.2. Avis cardiologiques et examens complémentaires	65

2.2.3. Orientation	66
2.2.4. Les manqués	66
2.3. En pratique	67
2.4. Les limites de l'étude	68
2.5. Perspectives	69
CONCLUSION	70
Annexe 1. Feuille de recueil	71
Annexe 2. Catégories socioprofessionnelles	73
Références bibliographiques	74
Table des annexes	81
Table des illustrations	82
Table des tableaux	83
SERMENT D'HIPPOCRATE	84

Table des annexes

Annexe 1. Feuille de recueil	71
Annexe 2. Catégories socioprofessionnelles	73

Table des illustrations

Figure 1 : Schéma descriptif de la sélection de la population.....	31
Figure 2 : Relation entre la profession et le diagnostic final	35
Figure 3 : Nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire cumulés.....	37
Figure 4 : Répartition des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population générale.	38
Figure 5 : Proportion et nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire.	39
Figure 6 : Diagnostics initiaux.....	40
Figure 7 : Répartition du diagnostic initial en fonction du suivi médical.....	41
Figure 8 : Confrontation du type de douleur thoracique avec le diagnostic final.....	42
Figure 9 : Comparaison du taux d'avis cardiologiques dispensés et du diagnostic initial.	43
Figure 10 : Relation entre les avis cardiologiques dispensés et le nombre de FRCV cumulés.	44
Figure 11 : Orientation à la sortie des urgences en fonction du diagnostic final.	46
Figure 12 : Examens d'ischémie coronarienne dispensés en fonction du diagnostic initial. .	48
Figure 13 : Diagnostics finaux.....	49
Figure 14 : Discordance diagnostique.....	50
Figure 15 : Redressement diagnostique des cas de DT SAI.....	51
Figure 16 : Redressement diagnostique des cas initiaux de pathologies cardiaques.	52
Figure 17 : Redressement diagnostique des pathologies non cardiaques.....	53
Figure 18 : Valeur du diagnostic de pathologie cardiaque aux urgences.	55

Table des tableaux

Tableau 1 : Diagnostics exclus (n=110).	30
Tableau 2 : Caractéristiques de la population	33
Tableau 3 : Diagnostic initial des patients ayant des douleurs persistantes à la sortie des urgences. (DT SAI : Douleur thoracique sans autre indication).....	36
Tableau 4 : Caractéristiques des patients coronariens n'ayant pas bénéficié d'avis cardiologique.....	45
Tableau 5 : Relation entre le redressement diagnostique et la prise en charge post-urgences.	47
Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques de notre population avec la littérature	60

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères.

Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Douleur thoracique d'allure coronarienne, à bilans négatifs : pronostic des patients admis aux urgences adultes.

Résumé :

Introduction. La douleur thoracique est un motif fréquent d'admission aux urgences. Le diagnostic et la prise en charge du syndrome coronarien aigu ST+ (SCA ST+) sont bien codifiés contrairement au SCA non ST+. Peu d'études concernent les patients classés à faible probabilité diagnostique de SCA. L'objectif de notre étude est d'évaluer le devenir à 1 an de ces patients, en termes d'évolution diagnostique et de survenue d'événements secondaires.

Méthodes. Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive, rétrospective, incluant les patients admis aux urgences du CHU de Limoges pour douleur thoracique d'allure coronarienne entre Janvier et Mars 2013. Les patients présentant un bilan positif, coronarien ou autre, ont été exclus. Le profil des patients et le diagnostic initial ont été colligés sur les dossiers des urgences. Le diagnostic final a été recueilli par téléphone rétrospectivement à 1 an, auprès des médecins généralistes ou du patient en fonction du suivi médical.

Résultats. Parmi les 244 patients inclus, 38 sont perdus de vue (15.6%). La population compte 58% d'hommes, un âge moyen de 50 ans \pm 17 ans. Un redressement diagnostique a eu lieu pour 41% (n=85) de la population, dont 9% (n=8) vers une pathologie coronarienne, et 38% (n=32) vers un trouble panique. Le taux de survenue d'événements cardiovasculaires majeurs, à type de SCA, est de 2,4% dans la population globale, et concerne 1,5% des patients renvoyés directement à domicile à la sortie des urgences.

Conclusion. Le diagnostic de SCA non ST+ de faible probabilité est difficile aux urgences et peut être source de retard diagnostique et thérapeutique. Un suivi adapté post-urgences doit être organisé systématiquement. Le centre de la douleur thoracique et le médecin généraliste peuvent en être la solution.

Mots-clés : Douleur thoracique, Urgences, SCA non ST+, Redressement diagnostique.

Abstract :

Introduction. Chest pain is a frequent cause of admission to the emergency department (ED). The diagnosis and medical care of acute coronary syndrome (ACS) with ST-segment elevation (ST+ ACS) are more standardized than non ST-segment elevation ACS (NST ACS). Very few series classified as low ACS-diagnosis probability. We aimed assessing the 1-year outcome of the patients, in terms of diagnosis evolution and adverse cardiac events occurrence.

Methods. We carried out a retrospective descriptive epidemiologic study, including patients admitted in the ED of University Hospital Centre of Limoges for angina-like chest pain between January and March 2013. Patients with a coronary or non-coronary evaluation were excluded. Patients' characteristics and initial diagnosis were collected in ED records. Final diagnosis was obtained by phone 1-year later, from general practitioners or from the patients themselves, depending on medical monitoring.

Results. Among the 244 patients studied, 38 (15.6%) were lost in follow-up. Fifty eight patients were male, mean age 50 (\pm 17 years). The diagnosis was modified in 41% (n=85) of patients, 9% of the patients (n=8) were diagnosed with coronary pathology, and 38% (n=32) with panic attack. The rate of adverse cardiac events occurrence (SCA) is 2.4% in the whole population, 1.5% on the patients were discharge to home.

Conclusion. Low probability NST SCA diagnosis is complex in the ED, and may cause diagnosis and therapeutic delay. An individualized close post-emergency monitoring must be systematically set up. Chest pain units and general practitioners may be an appropriate solution.

Keywords : Chest pain, Emergency department, NSC SCA, diagnosis evolution.