

I. INTRODUCTION

La douleur thoracique est un motif de consultation fréquent dans les services d'accueil des urgences. En effet, la prévalence de ce motif de consultation d'urgence dans la littérature oscille entre 5 et 20% en France (1–3). Par ailleurs, on estime qu'environ 40% des douleurs thoraciques n'ont pas de diagnostic précis aux urgences (1). De fait, les étiologies de douleur thoracique sont nombreuses mais également de gravité variable (4) : on distingue des causes cardiovasculaires, respiratoires, gastroentérologiques, pariétales, neurologiques ou encore psychogènes. Parmi les causes cardiovasculaires, là encore de nombreuses pathologies peuvent avoir comme symptôme princeps la douleur thoracique. On peut citer par exemple l'angor, le syndrome coronaire aigu, la dissection aortique et rupture d'anévrisme aortique, la péricardite, etc. Les causes cardiovasculaires représentent environ 25% des étiologies de douleur thoracique (5). Ainsi, l'un des principaux défis du médecin urgentiste réside dans la capacité à diagnostiquer la pathologie inhérente à cette douleur thoracique afin de prendre en charge le patient de la façon la plus optimale possible, tant sur le plan clinique et thérapeutique que sécuritaire (6–9).

Dans les études, environ la moitié des patients consultant aux urgences pour un motif de douleur thoracique rentre à domicile après un examen clinique sans particularité, des investigations cardiologiques rassurantes et en l'absence d'éléments orientant vers une cause non cardiovasculaire de douleur thoracique (2,5,10). Cependant, on constate dans la littérature que la suite de la prise en charge de ces patients est mal codifiée et laissée à l'appréciation du médecin urgentiste et/ou généraliste (5,11,12). On note par ailleurs qu'il n'existe que peu de données concernant l'impact du suivi médical libéral sur le devenir de ces patients (13).

En outre, le devenir des patients ayant présenté une douleur thoracique d'origine non-spécifique est controversé : certaines études (14–16) ont montré que ces patients avaient de faibles taux de mortalité et de morbidité cardiaques, tandis que d'autres articles assurent un risque plus élevé de mortalité cardiaque ultérieure tant à court terme qu'à moyen et/ou long termes (4,11,17,18).

Ainsi, les patients souffrant d'une douleur thoracique d'origine indéterminée représentent

une population dont l'effectif est important, dont la stratégie de prise en charge à la sortie des urgences n'est pas codifiée par des recommandations et dont la morbi-mortalité est mal connue.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

A. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la stratégie de prise en charge mise en place à la sortie du service d'accueil des Urgences par l'équipe hospitalière du Centre Hospitalier de Martigues.

B. Objectifs secondaires

Nos objectifs secondaires consistaient d'une part à analyser la stratégie de prise en charge post hospitalière mise en place par les médecins de ville (généralistes et cardiologues) et d'autre part à déterminer le devenir des patients en évaluant la prévalence des événements cardiovasculaires dans les six mois suivant le passage aux urgences pour douleur thoracique.

III. Matériel et Méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique.

B. Population étudiée

a. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude les patients :

- consultants au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Martigues pour un motif de douleur thoracique transitoire

- ayant au moins 18 ans
- avec un électrocardiogramme normal ou jugé non pathologique de coronaropathie aigue ou d'affection responsable de la douleur thoracique
- avec un dosage biologique de troponine négatif (si la douleur avait été prolongée d'au moins 30 minutes et datait de plus de 3 heures) ou avec un cycle de troponine non significatif (c'est-à-dire une élévation de moins de 30% par rapport à la valeur initiale)
- rentrant à domicile avec un diagnostic de douleur thoracique d'origine indéterminée

b. Critères d'exclusion

Ont été exclus de cette étude les patients :

- dont l'ECG était jugé pathologique
- dont le cycle de troponine était significatif
- ayant moins de 18 ans
- dont le diagnostic de sortie des urgences était autre que « douleur thoracique d'origine indéterminée »

c. Recueil de données

Les patients ont été sélectionnés à partir du logiciel « Terminal Urgences » au travers du motif d'entrée « douleur thoracique ». Ont ensuite été retenus dans l'étude les patients dont le diagnostic de sortie des urgences était « douleur thoracique d'origine indéterminée ». Les données sur les antécédents du patient, les éléments cliniques et paracliniques du passage aux urgences ont été recueillies de façon rétrospective sur la base du dossier patient informatisé du Centre Hospitalier de Martigues. Des appels téléphoniques ont alors été émis vers les patients entrant dans les critères de l'étude pour évaluer leur suivi ambulatoire à travers un questionnaire standardisé. Ont été considérés comme perdus de vue les patients injoignables après 5 appels téléphoniques ou dont le numéro de téléphone n'était pas attribué.

C. Les objectifs

a. L'objectif principal

Était considérée comme stratégie de prise en charge intra-hospitalière par l'équipe des urgences la demande d'un avis cardiologique et/ou la réalisation d'une échographie transthoracique.

Était considérée comme consigne de sortie la prescription d'examens complémentaires en externe et/ou l'orientation vers un médecin de ville, cardiologue ou généraliste.

Ces données ont été recueillies dans le dossier informatisé des urgences.

b. Les objectifs secondaires

Était considérée comme stratégie de prise en charge à la sortie du service des Urgences toute mention ou réalisation d'une consultation en externe auprès d'un médecin généraliste ou d'un cardiologue ou bien toute mention ou réalisation d'un examen paraclinique cardiologique (Holter ECG, MAPA, Echographie Trans-Thoracique, Echographie Dobutamine, Epreuve d'effort, Scintigraphie myocardique, etc). Concernant la stratégie de prise en charge, elle était relevée par questionnaire standardisé directement auprès des patients, six mois après leur passage aux urgences.

Sur la base de la littérature (6,19), ont été considérés comme événements cardiovasculaires majeurs, dans le cadre de cette étude, la survenue de décès de cause cardiovasculaire, de syndrome coronaire aigu ou d'accident vasculaire cérébral. Tout autre événement cardiovasculaire a été retranscrit comme événement cardiovasculaire non majeur.

D. Analyse statistique

La standardisation du recueil de données s'est faite par questionnaire Google Drive. Les tests statistiques utilisés ayant permis l'analyse et la comparaison des différentes variables de notre étude sont le test du khi2 et le test du V de Cramer à l'aide du logiciel Sphinx.

IV. RESULTATS

A. Population étudiée

Entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 juin 2018, 585 patients sont entrés aux urgences du Centre Hospitalier de Martigues pour un motif de douleur thoracique. 338 patients ont été exclus de l'étude car leur diagnostic de sortie des urgences était différent du motif « douleur thoracique d'origine indéterminée ». Ainsi, 247 patients ont été contactés par téléphone, soit 42.2% de l'effectif initial : 59 patients n'ont jamais répondu à nos appels et 188 patients ont accepté de renseigner notre questionnaire, soit un taux de réponse de 76% (Diagramme n°1).

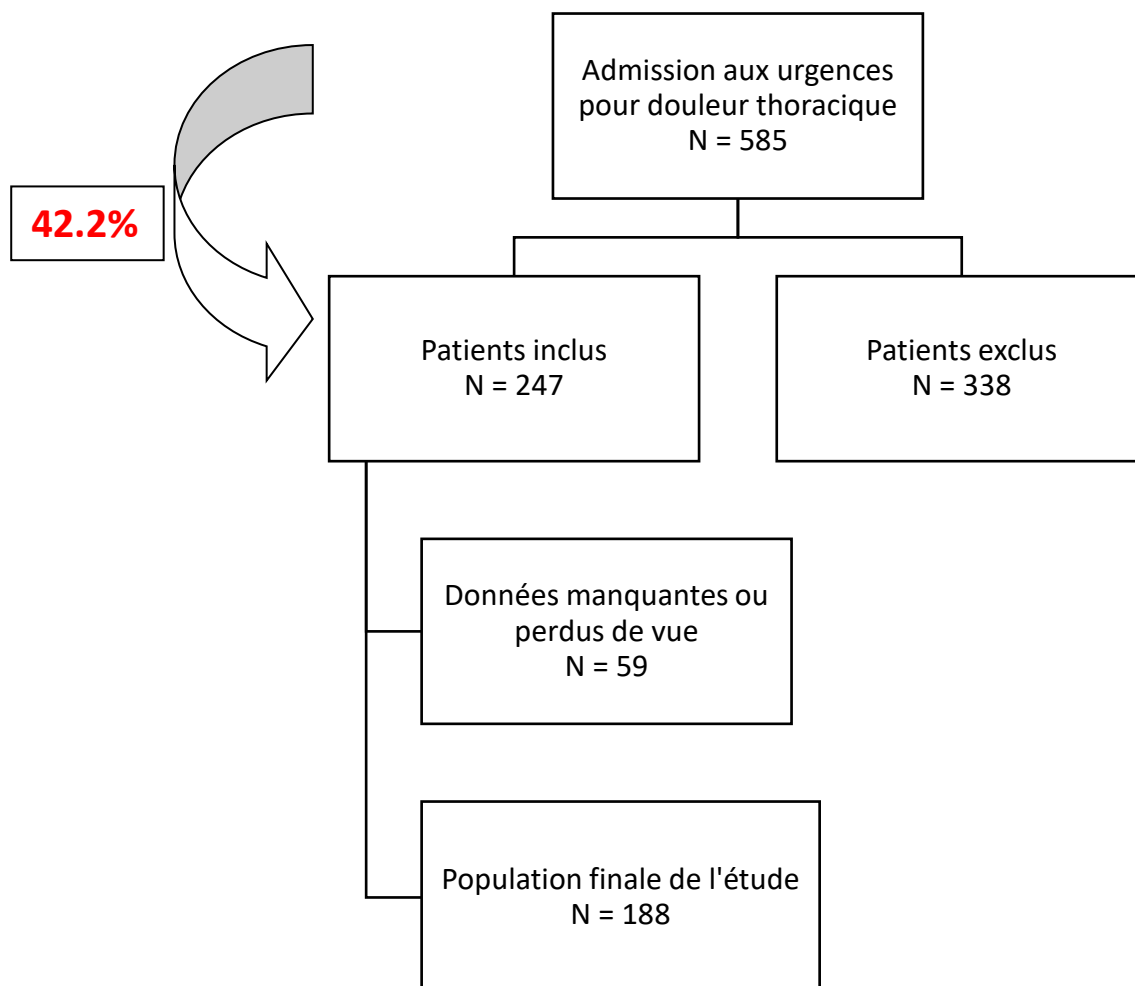


Diagramme n°1 : Diagramme de Flux

a. Caractéristiques épidémiologiques des patients

Entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2018, 188 patients se sont présentés aux urgences pour un motif de douleur thoracique et sont rentrés à domicile avec un diagnostic de sortie étiqueté « douleur thoracique d'origine indéterminée ». Leur bilan (clinique, électrocardiographique et biologique) avait permis d'écarter les étiologies urgentes et/ou graves et ne comportait pas d'anomalie permettant d'orienter le diagnostic final.

L'âge moyen était de 50,3 ans [± 17.9 ans]. La population d'étude avait une légère prédominance masculine (55.3% d'hommes) (Tableau 1).

b. Caractéristiques cliniques et paracliniques des patients

41% des patients n'avaient aucun antécédent médical. Parmi les antécédents notables, 13.8% des patients inclus étaient coronariens, 10.6% souffraient de trouble du rythme cardiaque, 9% d'une maladie pulmonaire chronique, 2.1% avaient déjà eu une péricardite, 1.6% un trouble de la conduction cardiaque, 1.6% une embolie pulmonaire, 1.1% une myocardite, 1.1% étaient insuffisants cardiaques.

Concernant les facteurs de risque cardiovasculaires, un tiers de la population (32.4%) consommait du tabac de façon active, 31.9% des patients étaient hypertendus, 18.6% souffraient de dyslipidémie, 12.2% de diabète, 8.5% avaient un antécédent familial d'infarctus du myocarde, 5.9% des patients étaient sevrés du tabagisme, 4.3% des patients étaient en surpoids, 4.3% souffraient d'obésité. Pour 32.4% de la cohorte, aucun facteur de risque cardiovasculaire n'était retrouvé (Tableau 1).

Lors de leur passage aux urgences, 18.1% des patients ont décrit une douleur thoracique typique.

L'ECG a été réalisé chez 100% des patients et s'est avéré anormal chez 29.8% d'entre eux. Dans ces anomalies, on comptait 14.9% troubles de la repolarisation aspécifiques, 11.7% troubles de la conduction, 7.4% troubles du rythme cardiaque, 1.1% d'hypertrophie ventriculaire sans que ces anomalies soient jugées responsables du symptôme de douleur thoracique. A noter qu'un même ECG pouvait comporter plusieurs anomalies citées ci-dessus.

La Troponine a été réalisée chez 97.9% des patients et s'est avérée négative chez 52.2% des patients ou avec un cycle non significatif chez 47.8% des patients de l'étude (Tableau 1).

	VARIABLES	%
CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES	SEXE	
	<i>Hommes</i>	55.3%
	Femmes	44.7%
	ÂGE	
	18-39	33.4%
	40-59	34.7%
	60-74	21.8%
CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES	>75	10.1%
	SOUS GROUPES	
	Femmes	
	< 60 ans	30.9%
	>75ans	4.8%
	Hommes	
	<50ans	27.1%
ANTECEDENTS	>75ans	5.3%
	Aucun	41%
	Autre	18.1%
	Coronaropathie	13.8%
	Trouble du rythme	10.6%
	Maladie pulmonaire chronique	9%
	Péricardite	2.1%
	Trouble de la conduction	1.6%
	Embolie pulmonaire	1.6%
	Insuffisance cardiaque	1.1%
FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES	Myocardite	1.1%
	Tabac actif	32.4%
	Aucun	32.4%
	HTA	31.9%
	Dyslipidémie	18.6%
	Diabète	12.2%
	Hérédité masculine	7.4%
	Tabac sevré	5.9%
	Surpoids	4.3%
	Obésité	4.3%
CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET PARACLINIQUES	Hérédité féminine	1.1%
	DOULEUR THORACIQUE	
	Typique	18.1%
	Atypique	81.9%
	ECG	
	Absence d'anomalie	70.2%
CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET PARACLINIQUES	Trouble de la repolarisation	14.9%
	Trouble de la conduction	11.7%

	Trouble du rythme	7.4%
	Hypertrophie ventriculaire gauche	1.1%
	<u>TROPONINE</u>	
	Négative	52.2%
	Cycle non significatif	47.8%

Tableau 1. Caractéristiques de la population d'étude

B. Objectif principal

a. Stratégie de prise en charge par l'équipe hospitalière

1. Prise en charge intra-hospitalière

Un avis cardiologique clairement spécifié dans le dossier a été demandé pour 28.7% des patients. L'avis cardiologique a été donné sur place aux urgences dans 72.2% des cas et téléphoniquement dans 27.8% des cas. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative des demandes d'avis cardiologiques en fonction du sexe et/ou de l'âge des patients.

Une échographie transthoracique a été réalisée chez 12.8% des patients.

2. Prise en charge recommandée à la sortie des urgences

i. Sortie sans consigne

46.8% des patients de notre étude (n=88) sont rentrés à domicile sans consigne particulière de suivi (Figure 1). L'âge moyen de ces patients était de 48.1 ans (± 18.7 ans) et 10.2% d'entre eux avait un âge supérieur à 75 ans. De façon statistiquement significative, davantage de femmes (52.3%) sont sorties à domicile sans consigne par rapport aux hommes (47.7%) ($p=0.05$). Les femmes (n=46) avaient un âge moyen de 48.4 ans (± 19.8 ans). 38.6% de ces patients étaient des femmes de moins de 60 ans et 6.1% étaient des femmes âgées de plus de 75 ans. Concernant la population masculine, l'âge moyen était de 47.9 ans (± 17.8 ans). Ils étaient âgés de moins de 50 ans pour 26.1% d'entre eux et de plus de 75 ans pour 3.4%.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative corrélée à l'âge des patients (Figure 2).

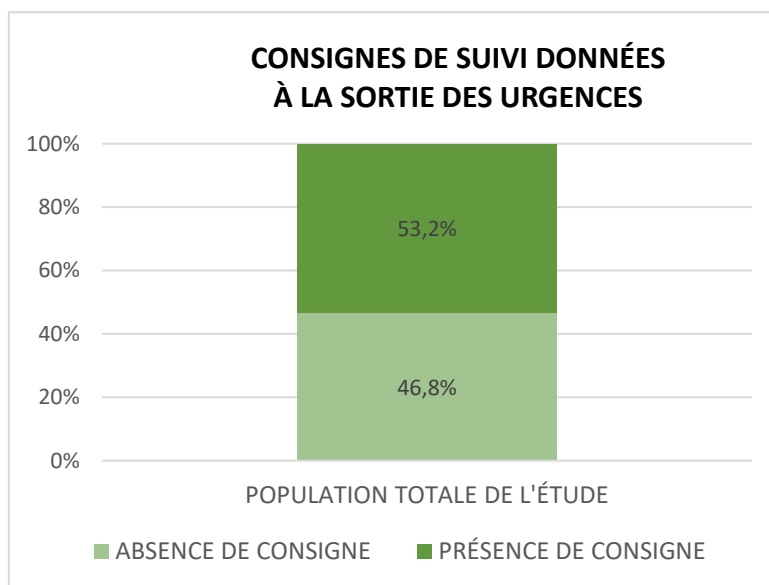


Figure 1 : Consignes de suivi données à la sortie des urgences

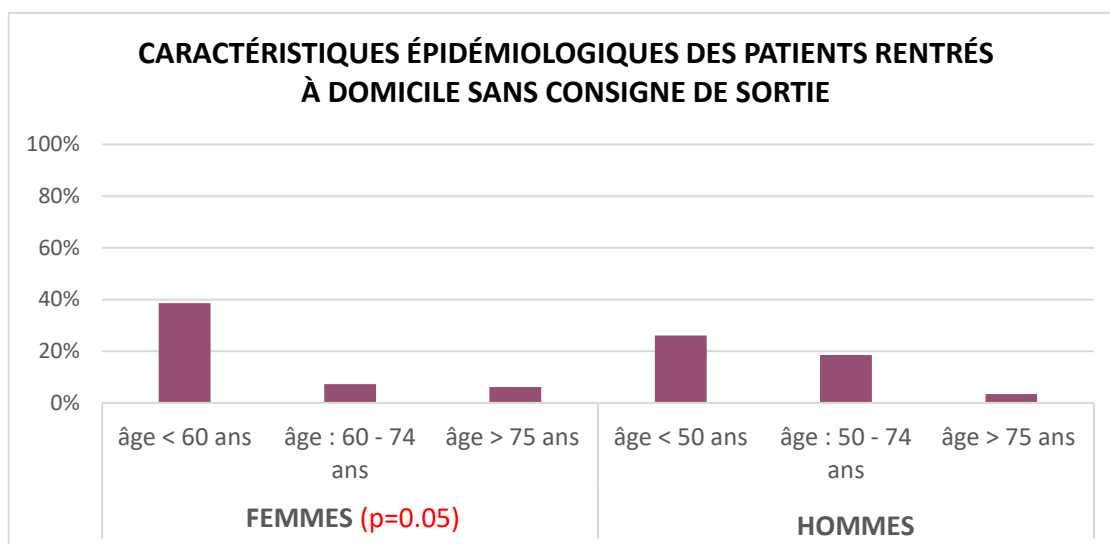


Figure 2 : caractéristiques épidémiologiques des patients rentrés à domicile sans consigne de sortie

ii. Sortie avec consigne

a) Consultation avec un médecin de ville

35.3% des patients (n=67) sont sortis des urgences avec la consigne de consulter un médecin en ville (médecin généraliste et/ou cardiologue). L'âge moyen était de 52.7 ans ([$\pm$ 17.1 ans]). 10.4% d'entre eux avaient plus de 75 ans. Il s'agissait pour 38.8% de femmes, dont l'âge moyen était de 51.2 ans ([$\pm$ 17.2 ans]). 25.4% de ces patients étaient des femmes âgées de moins de 60 ans et 3% des femmes âgées de plus de 75 ans. Pour la population masculine (61.2%), l'âge moyen était de 53.6 ans ([$\pm$ 17.1 ans]). 25.4% étaient des hommes âgés de moins de 50 ans et 7.5% étaient âgés de plus de 75 ans. Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative concernant la consigne de consulter un médecin libéral en fonction du sexe et/ou de l'âge des patients. L'ensemble de ces données est représenté dans la Figure 3.

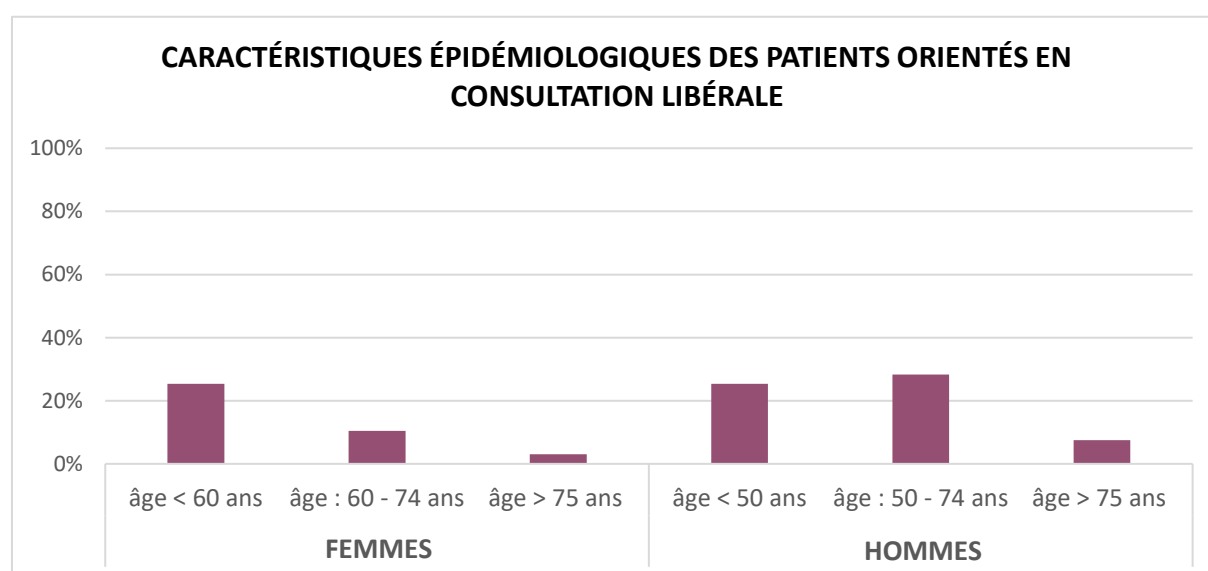


Figure 3 : Caractéristiques épidémiologiques des patients orientés en consultation libérale

b) Réalisation d'examen complémentaires

29.3% des patients (n=55) sont sortis des urgences avec la consigne de réaliser au moins un examen complémentaire en ville. L'âge moyen de ces patients était de 50.2 ans ([$\pm$ 15.8 ans]). 5.5% d'entre eux étaient âgés de plus de 75 ans. Par ailleurs, ces patients étaient composés à 34.6% de femmes (n=19) dont l'âge moyen était

de 49.6 ans (± 17.2 ans]). 23.6% de ces patients étaient des femmes âgées de moins de 60 ans et 1.8% des femmes âgées plus de 75 ans. Quant à la population masculine, elle représentait 65.4% des patients, avec un âge moyen de 50.4 ans (± 15.2 ans]). 29.1% de ces patients étaient des hommes de moins de 50 ans et 3.6% étaient des hommes âgés de plus de 75 ans. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la prescription d'examens complémentaires en externe en fonction du sexe et/ou de l'âge des patients (Figure 4).

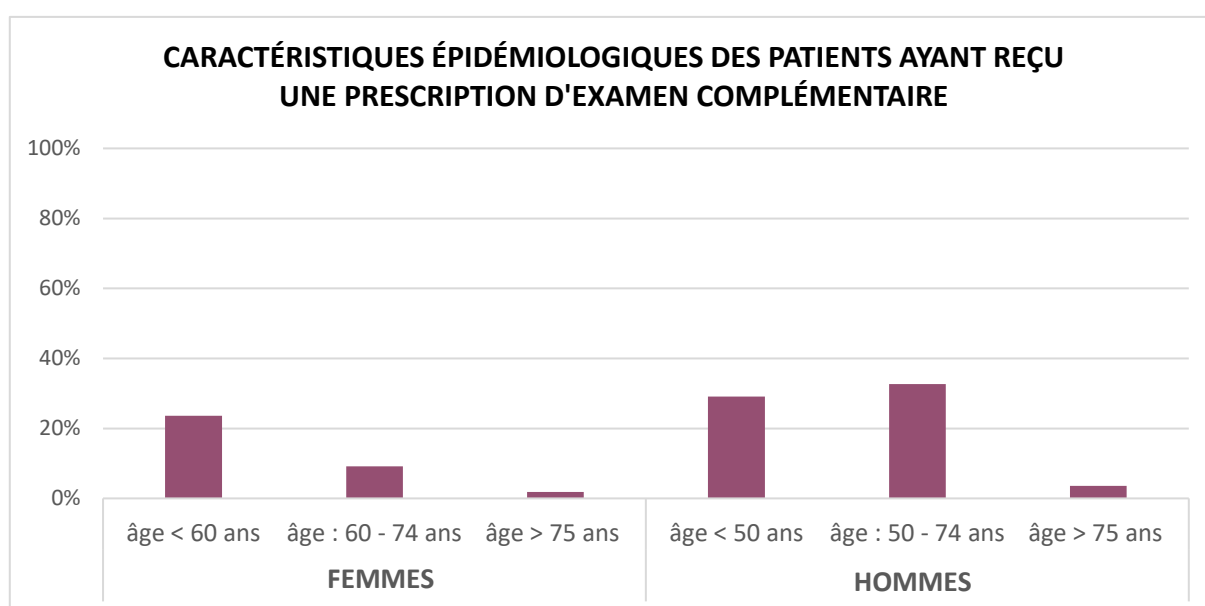


Figure 4 : Caractéristiques épidémiologiques des patients ayant reçu une prescription d'examen complémentaire

Parmi les patients ayant reçu la prescription d'au moins un examen complémentaire, 46% ont reçu une prescription d'épreuve d'effort, 18% une prescription d'holter ECG, 11.5% de MAPA, 11.5% d'ETT, 6.6% de coroscaner, 3.2% de scintigraphie myocardique et 3.2% de bilan thyroïdien (Figure 5).

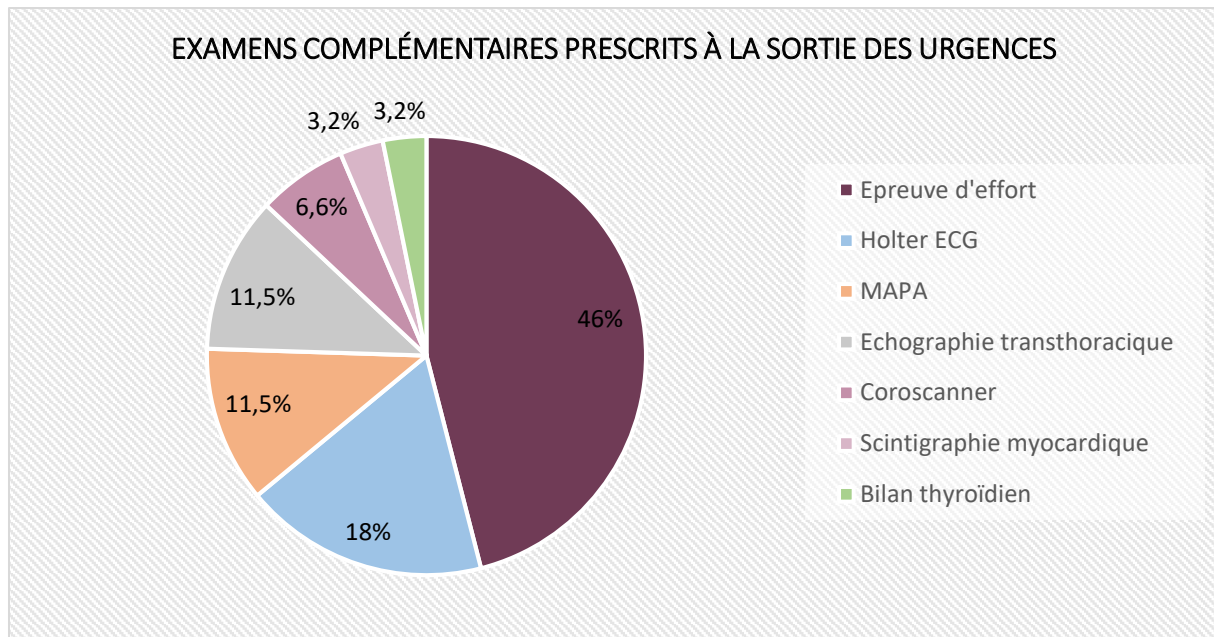


Figure 5 : Examens complémentaires prescrits à la sortie des urgences

C. Objectifs secondaires

a. Stratégie de prise en charge des médecins libéraux au décours du passage aux urgences

Au total, 35.6% des patients (n=67) ont consulté leur médecin généraliste dans les six mois dans un but de suivi de leur épisode de douleur thoracique et 47.9% des patients (n=90) ont consulté un cardiologue. 13 patients ont consulté à la fois le médecin généraliste et le cardiologue. 16.5% n'ont eu aucun suivi au décours de leur passage aux Urgences.

1. Stratégie de prise en charge par les médecins généralistes

Parmi les patients ayant consulté leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de leur épisode de douleur thoracique, 46.3% ont reçu un diagnostic étiologique : pour 26.9% le médecin généraliste a établi un diagnostic de trouble somatoforme, pour 14.9% une origine pariétale et pour 4.5% une gastrite.

Par ailleurs, 29.8% des patients ont été orientés en consultation spécialisée : 16.4% en consultation de cardiologie, 10.4% en consultation de gastroentérologie, 1.5% en consultation de pneumologie et 1.5% en consultation d'endocrinologie.

6% des patients ont reçu une prescription d'examen complémentaire dans le but d'effectuer pour 1.5% d'entre eux une épreuve d'effort, pour 1.5% une MAPA, pour 1.5% un bilan thyroïdien et pour 1.5% un scanner thoracique (Figure 6).

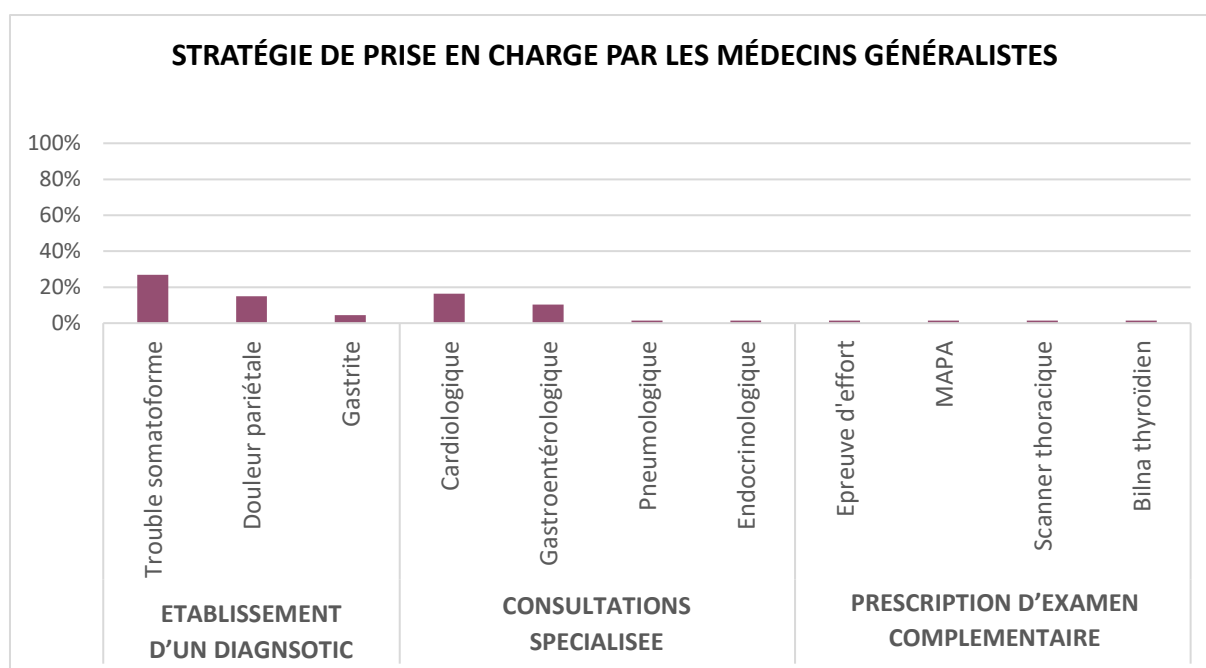


Figure 6 : Stratégie de prise en charge par les médecins généralistes

2. Stratégie de prise en charge par les cardiologues

Parmi les patients ayant consulté un cardiologue dans le cadre du suivi du symptôme de douleur thoracique, 40% ont bénéficié d'une échographie transthoracique et 34.4% d'un électrocardiogramme.

Dans le cadre du bilan d'ischémie myocardique, 35.6% des patients devaient réaliser une épreuve d'effort, 8.9% un coroscaner, 5.6% une coronarographie et 4.4% une scintigraphie myocardique.

L'origine hypertensive a été évoquée pour 11.1% des patients qui ont reçu une prescription

pour réaliser une MAPA et 4.4% ont bénéficié d’une introduction ou d’une adaptation de leur traitement antihypertenseur.

Concernant la prise en charge des troubles du rythme cardiaque, 10% des patients ont reçu une prescription pour un Holter ECG, 3.3% ont bénéficié d’une introduction ou d’une adaptation de leur traitement anti-arythmique et 2.2% des patients ont été éligibles à une procédure ablative (cryothérapie).

1.1% des patients ont reçu une prescription pour réaliser une polysomnographie.

3.3% des patients ont été rassurés quant à la normalité des examens déjà réalisés, sans indication d’examen supplémentaire (Figure 7).

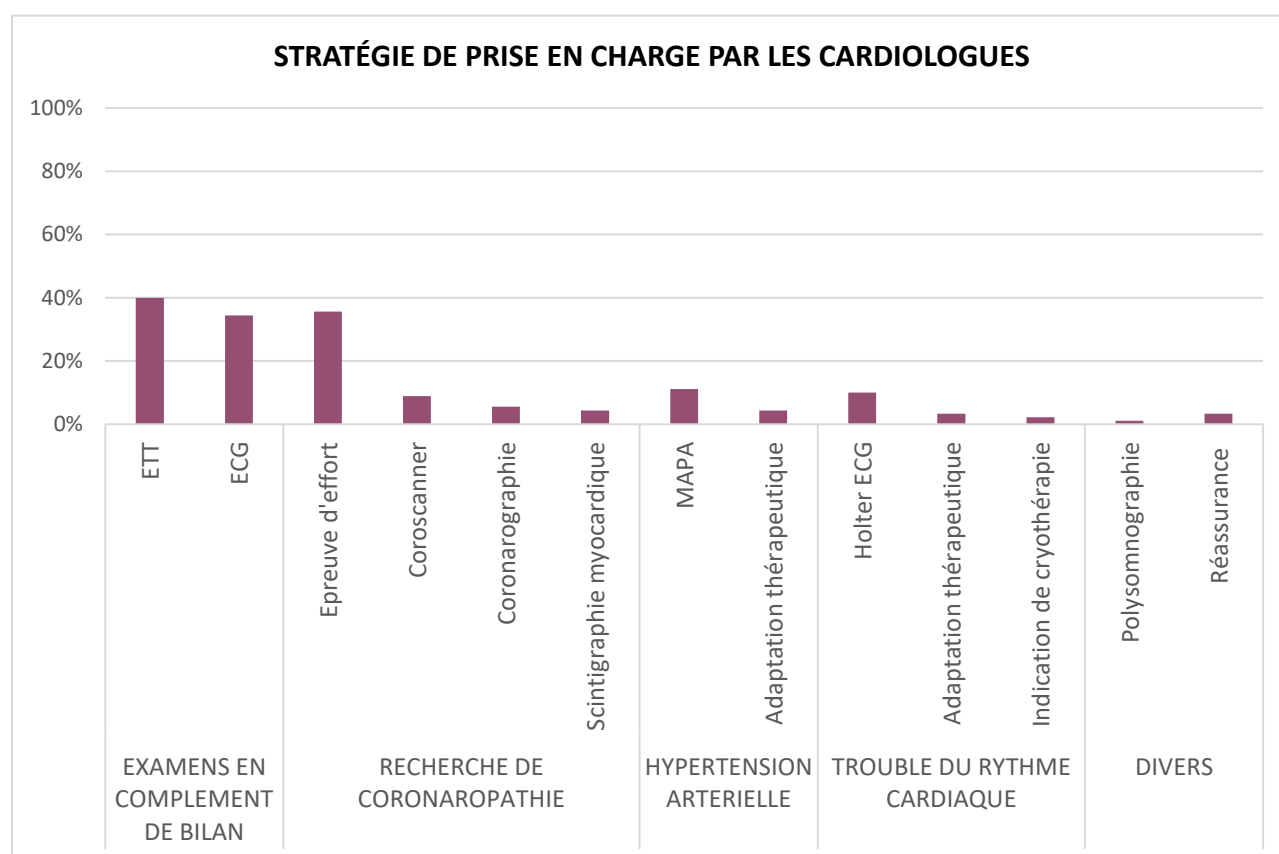


Figure 7 : stratégie de prise en charge par les cardiologues