

douleurs thoraciques (chroniques) de cause inhabituelle et imagerie , chez le malade ingambe

le **Dictionnaire de français "Littré"**
définitions, citations, synonymes, usage... d'après l'ouvrage d'Emile Littré (1863-1877)

CNRTL Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

Accueil Portail lexical Corpus Lexiques Dictionnaires Outils Contact

Morphologie **Lexicographie** Etymologie Synonymie Antonymie Proxémie Concordance Aide

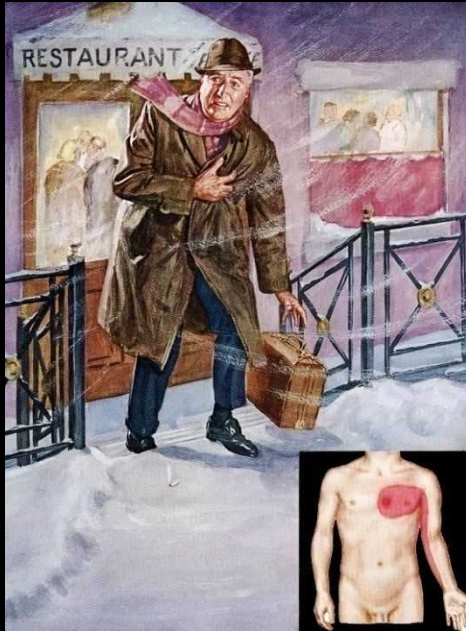
Entrez une forme Chercher
options d'affichage catégorie: toutes

INGAMBE, adj.

Qui est alerte dans ses mouvements. Ce vieillard est encore ingambe (Ac.). M. Justin, comme on l'appelait désormais dans la maison, continuait d'être ingambe et de monter allègrement au cinquième où l'attendaient les mêmes meubles (ESTAUNIÉ, Ascension M. Baslèvre, 1919, p. 6). Je regarde marcher la vieille. Elle est intéressante; elle ne titube pas, au contraire, elle danse un peu, elle est ingambe, c'est une alerte pocharde (GREEN, Journal, 1948, p. 219).

Prononc. et Orth. : [ɛ̃gãb]. Att. ds Ac. dep. 1740. **Étymol. et Hist.** 1585 *in gambe* (N. DU FAIL, Contes d'Eutrapel ds Œuvres, éd. J. Assézat, t. 2, p. 50); fin xvi^e s. *ingambe* (MONLUC, Commentaires, L. II, 380 ds HUG). Empr. à l'ital. (essere) *in gambe* « (être) en bonne santé, alerte » (dep. 2^e moitié xiv^e s., SACHETTI ds BATT.), proprement « en jambes » (v. *gambe*¹); cf. l'expr. *en gambes* « léger, dispos, alerte » attestée chez Du Bellay et ds COTGR. (d'apr. FEW t. 2, p. 118b) et adaptée de l'expr. italienne. **Fréq. abs. littér.** : 36. **Bbg.** HOPE 1971, pp. 202-203. - THOMAS (A.) Nouv. Essais 1904, p. 238. - WND 1928, p. 181, 206.





angor



blue bloater
(bouffi bleu)



pink puffer
(essoufflé rose)

certaines causes de douleurs thoraciques sont évidentes..., comme le sont les facteurs de risque cliniquement décelables encore faut-il essayer de comprendre leur physiopathologie pour juger de leur caractère "normal" (attendu dans le contexte) ou non

le bon sens (clinique !) du radiologue devant un problème de douleurs thoraciques récurrentes , de survenue récente ou récemment modifiées impose :

1. de penser d'abord aux maladies fréquentes et potentiellement graves +++++ , cad qui vont engager la vie du malade (les calcifications coronaires proximales, un RAC serré , une anémie sévère sont plus importants à signaler dans le CR que des micronodules ou une bronchiolite du fumeur.. .)

2. de connaître les facteurs de risque et la prévalence de ces affections (épidémiologie) : HTA , surpoids , tabagisme, antécédents personnels et familiaux, toxico. cocaïne ... , bases d'une lecture "bayésienne" des images +++++

3. enfin de savoir poser la question essentielle qui est

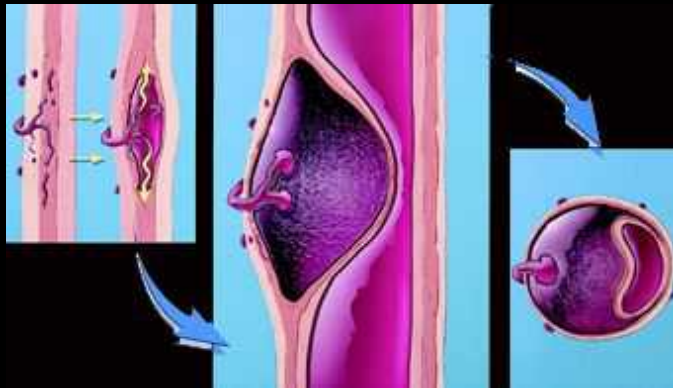


**la douleur (les symptômes!) est(sont)
elle(ils) apparue(us) à l'effort +++++**

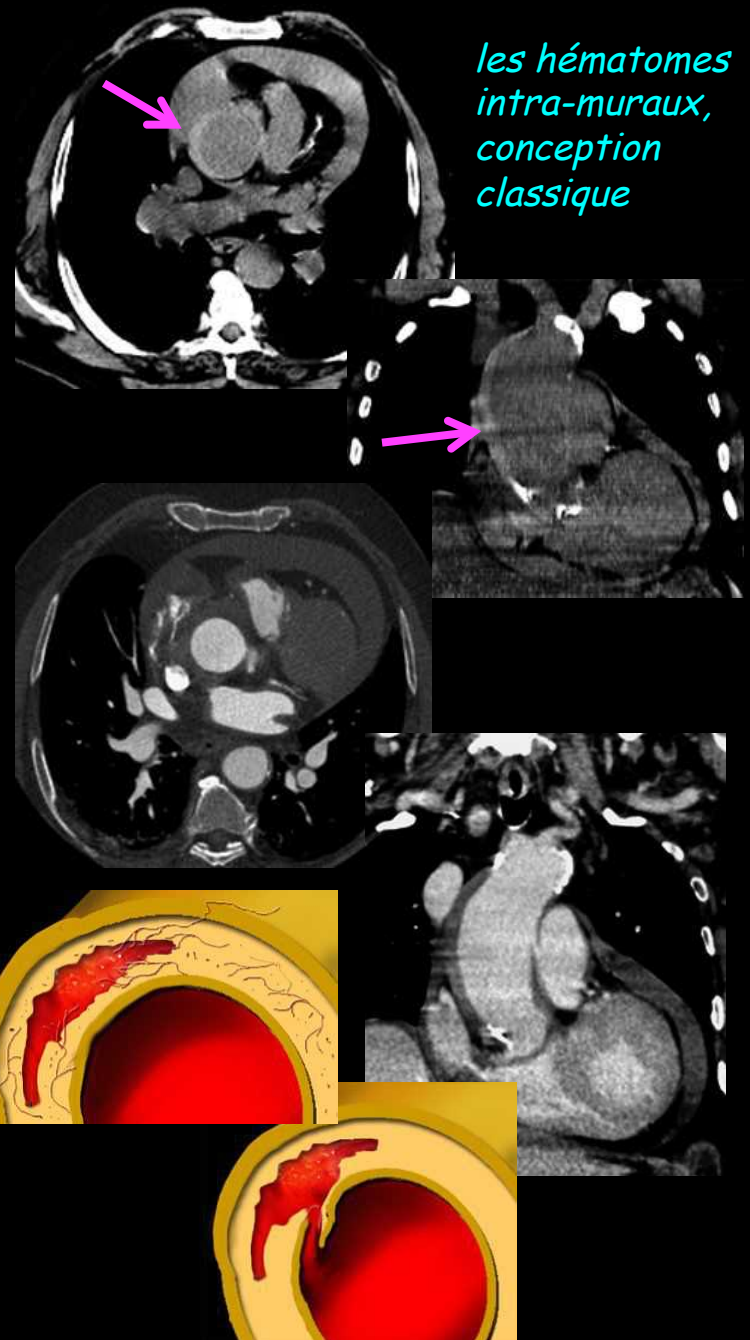
Les causes de douleurs thoraciques **aiguës** sont dominées par l'infarctus myocardique, les syndromes coronaires aigus (angor instable), la dissection aortique, l'embolie pulmonaire, la péricardite aiguë, et le pneumothorax.

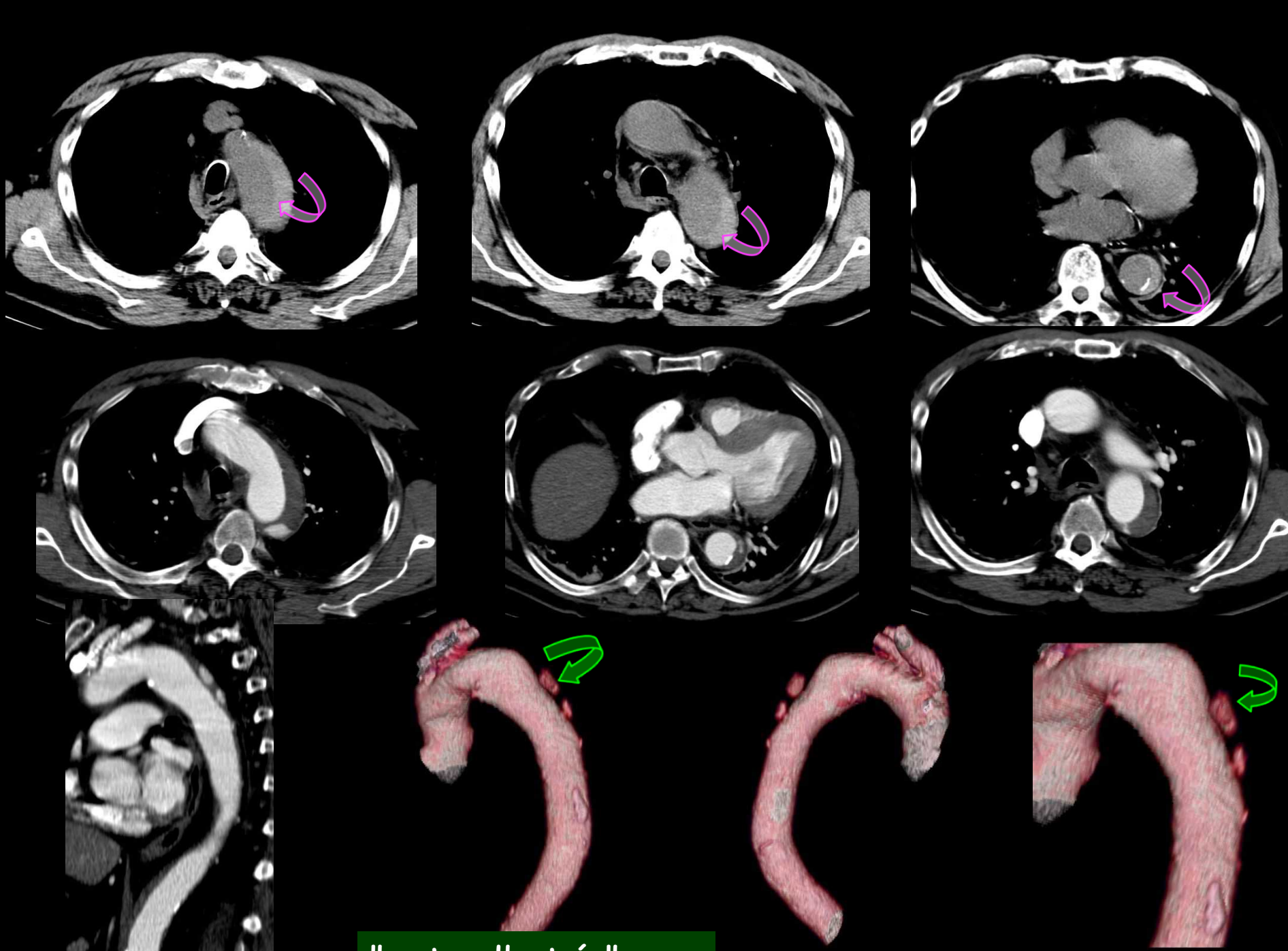
La pneumopathie aiguë infectieuse, la pleurésie aiguë et les causes abdominales sont moins fréquemment observées.

l'acquisition sans contraste est un impératif absolu

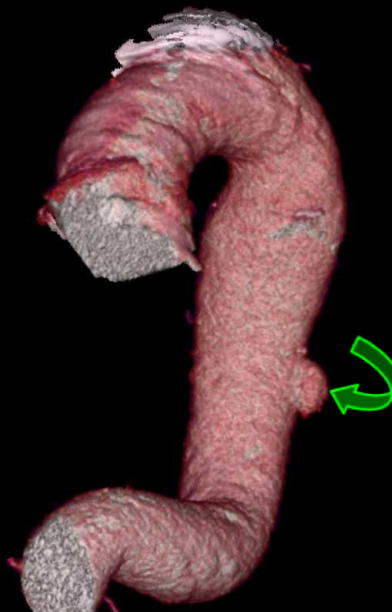
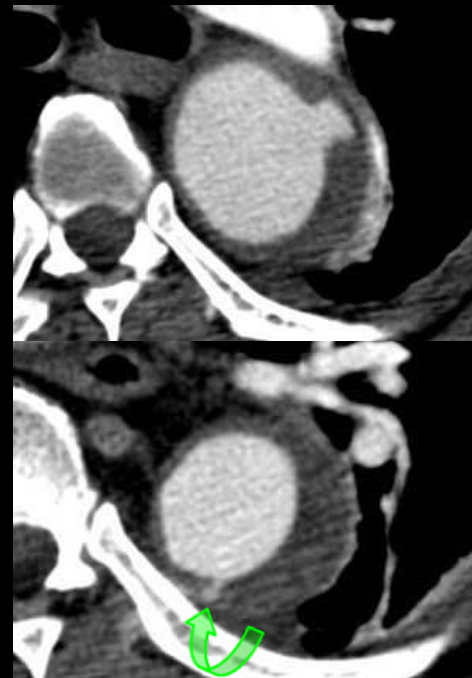
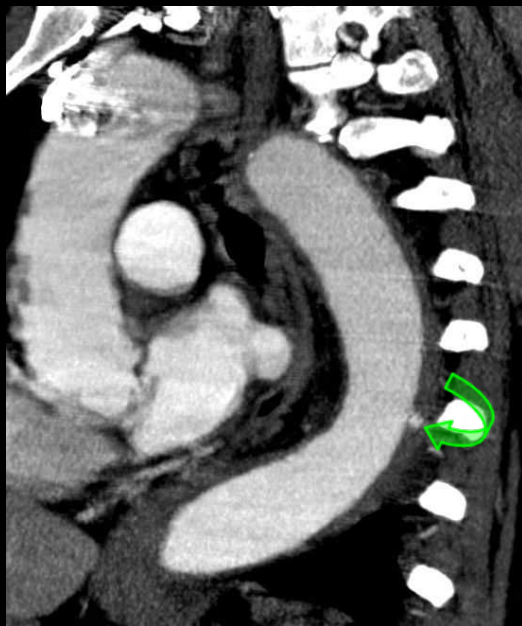
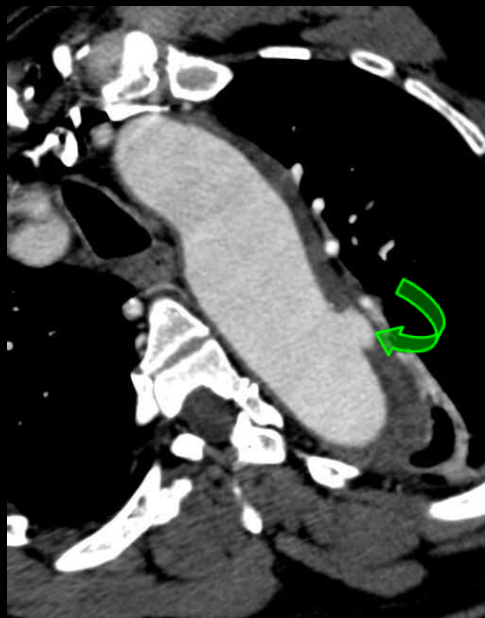


L'origine des douleurs est dans la stimulation des terminaisons nerveuses sensibles de l'adventice aortique



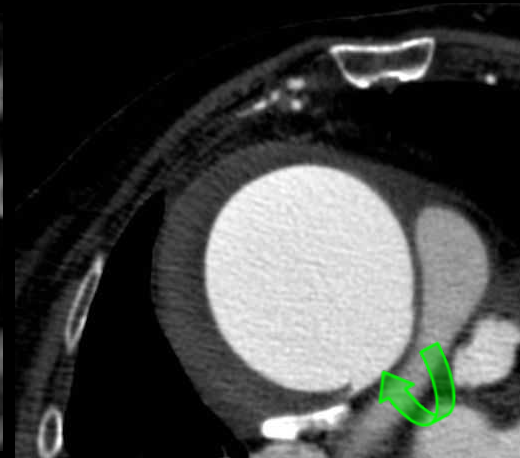
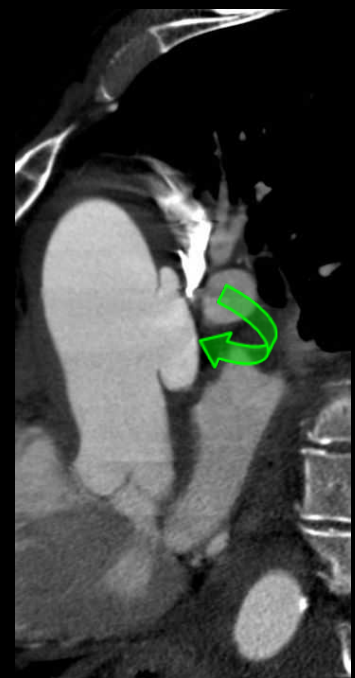
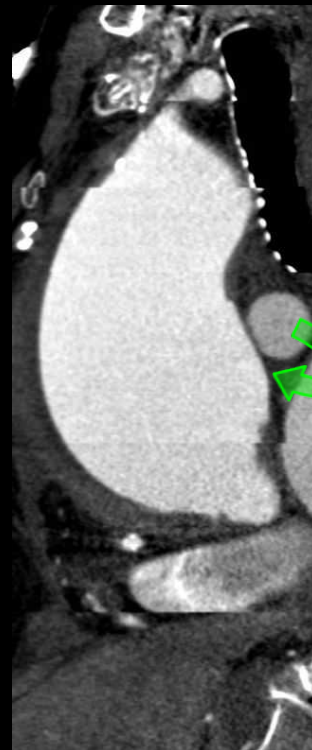
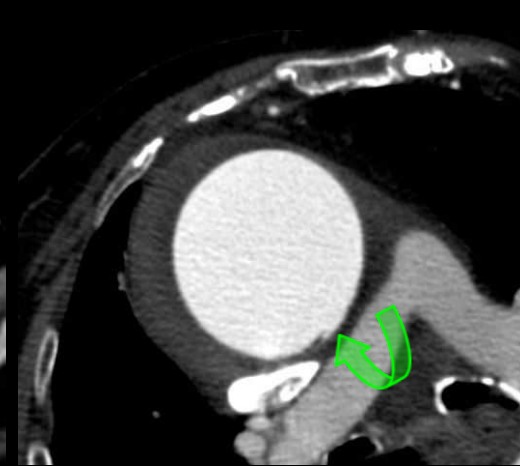
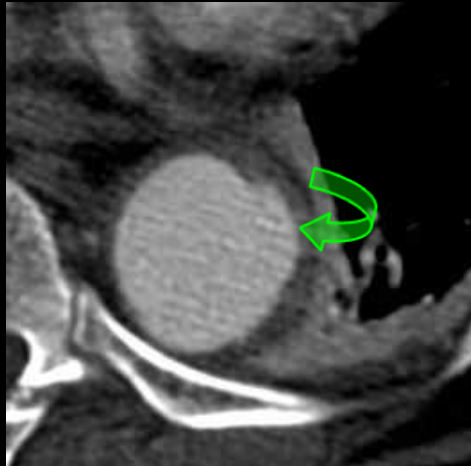
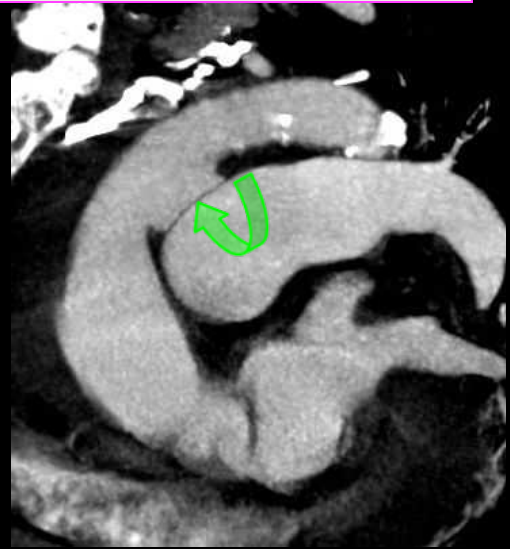
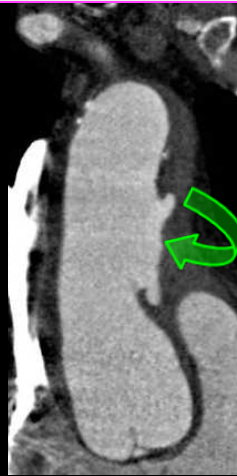
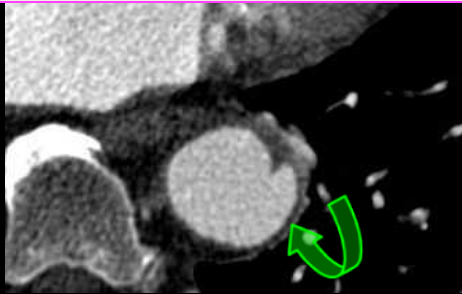
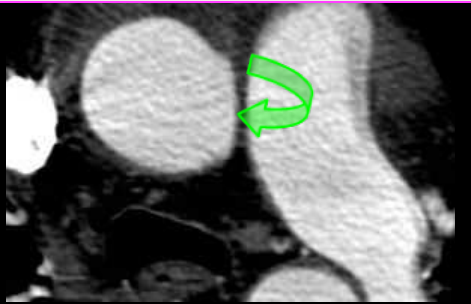


"portes d'entrée"

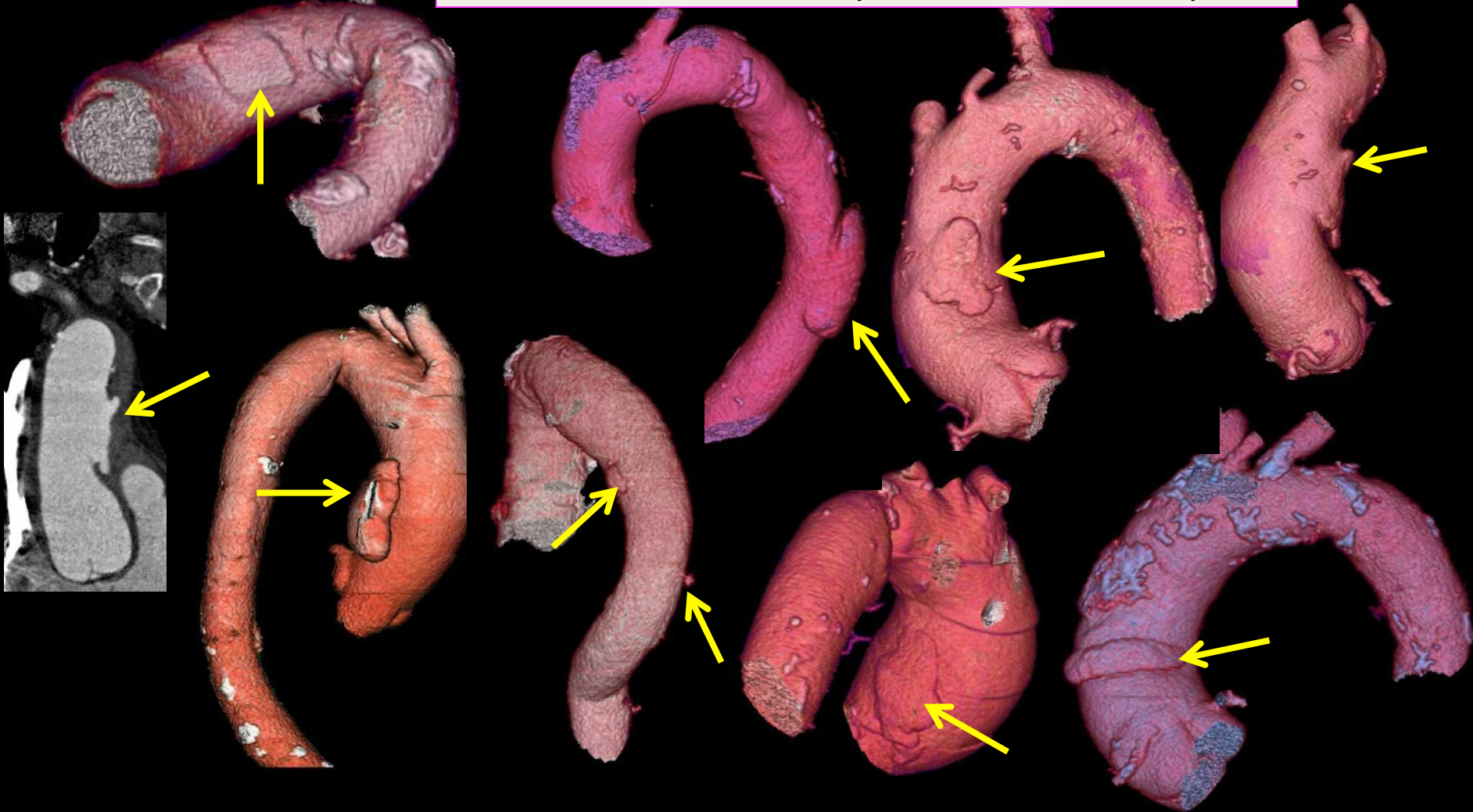


"portes d'entrée" $\neq$ "ulcères athéromateux profonds "

sachez chercher les "portes d'entrée" dans les "hématomes intra-muraux" de l'aorte

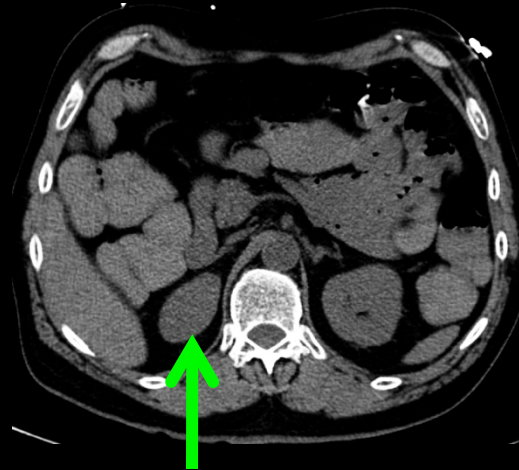
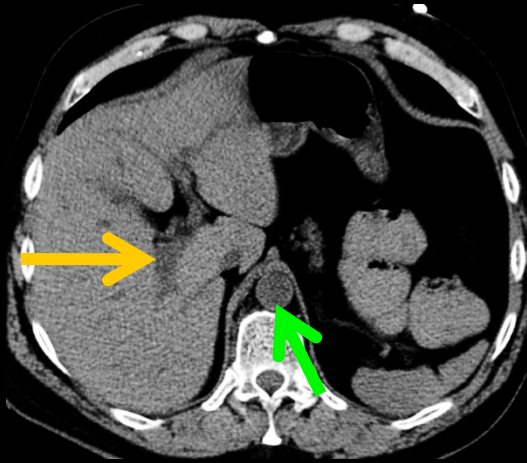
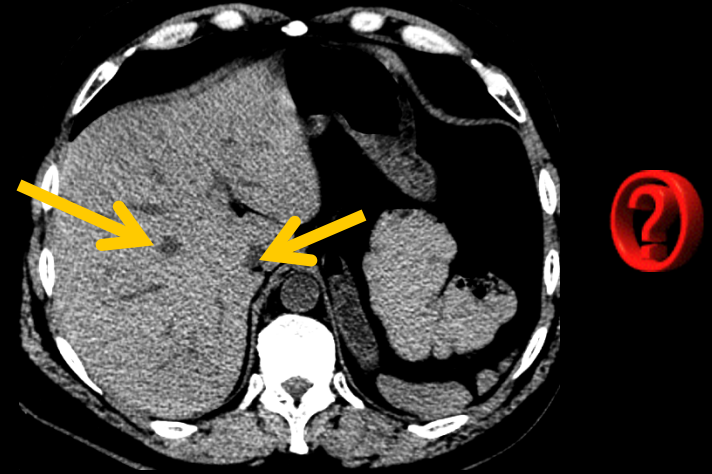
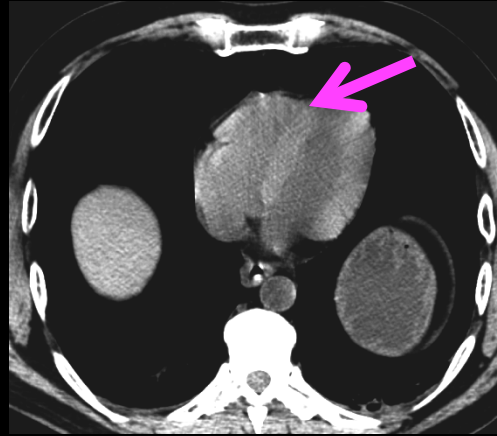
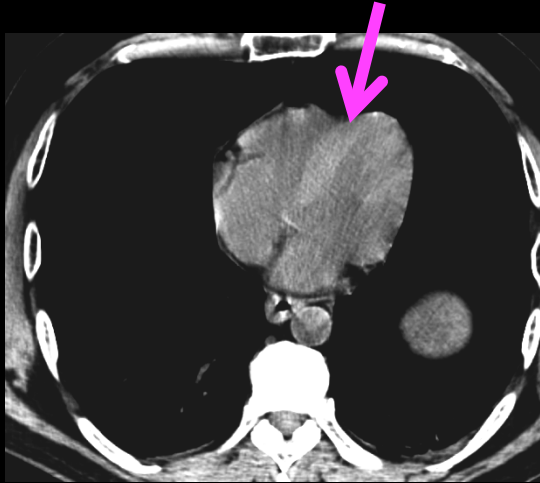


sachez vous aider des représentations volumiques !



Les portes d'entrées existent bien dans les hématomes intra-muraux...elles ont été retrouvées rétrospectivement 18 fois sur 19 cas mais n'étaient correctement désignées que 2 fois dans les CR . Utilisez "porte d'entrée" "flap intimal" ou "fente intimo-médiale" . Toujours synchroniser les acquisitions à l'ECG et faire les reformations MPR et VR

sachez dépister sur les images CT les éléments sémiologiques pouvant apporter des arguments physiopathologiques pour expliquer l'origine des douleurs thoraciques

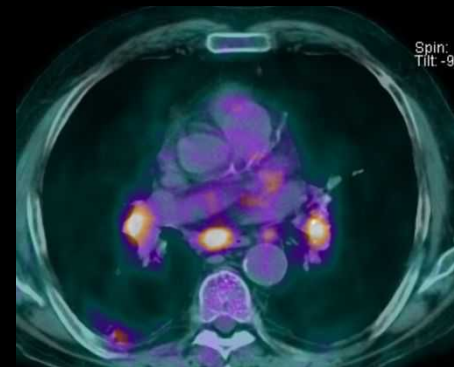
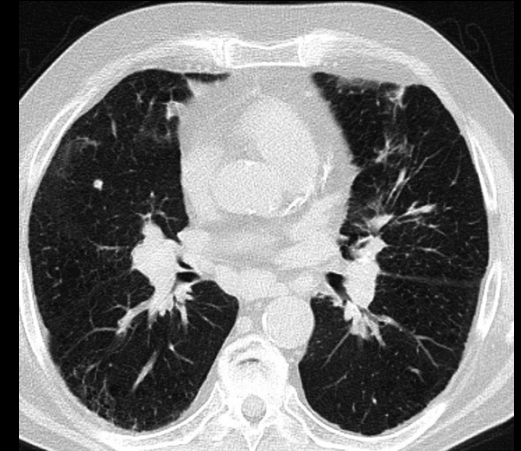
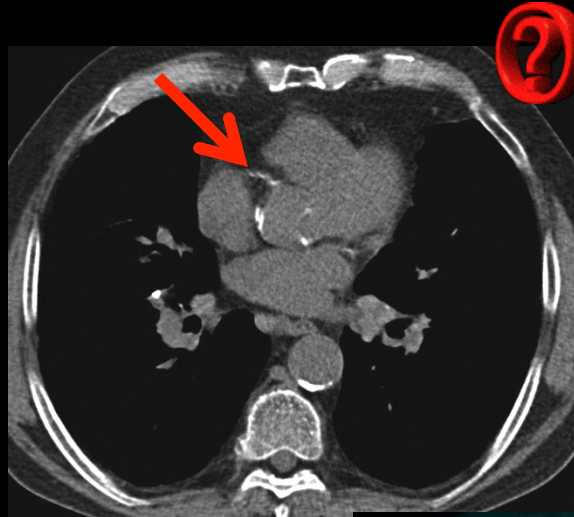
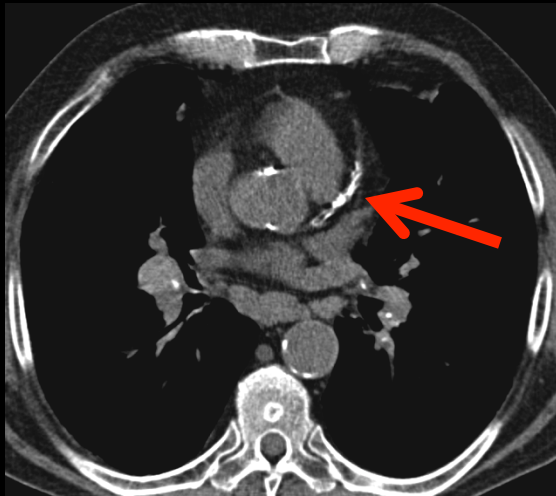
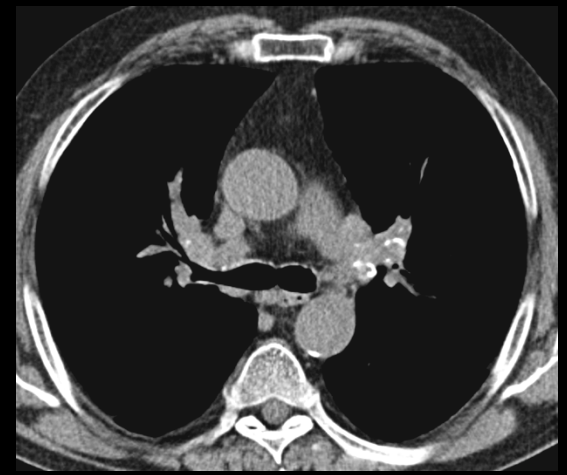
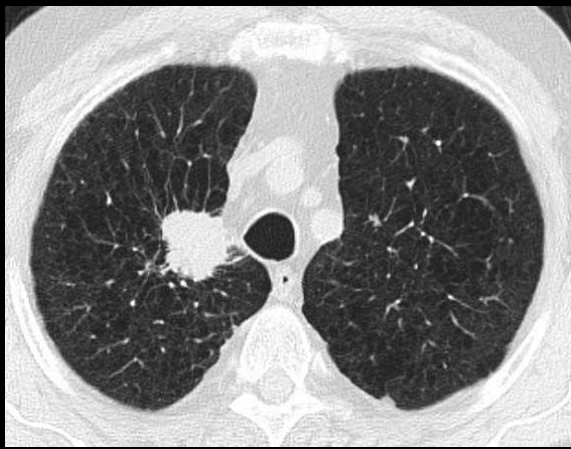


-hypodensité du sang circulant
(par rapport aux muscles)

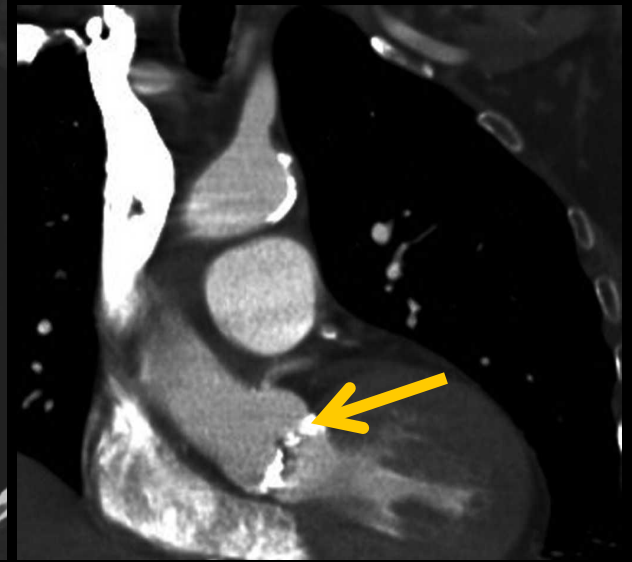
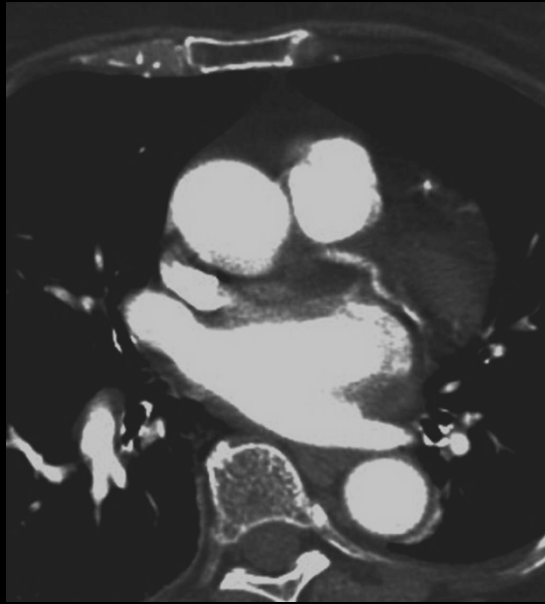
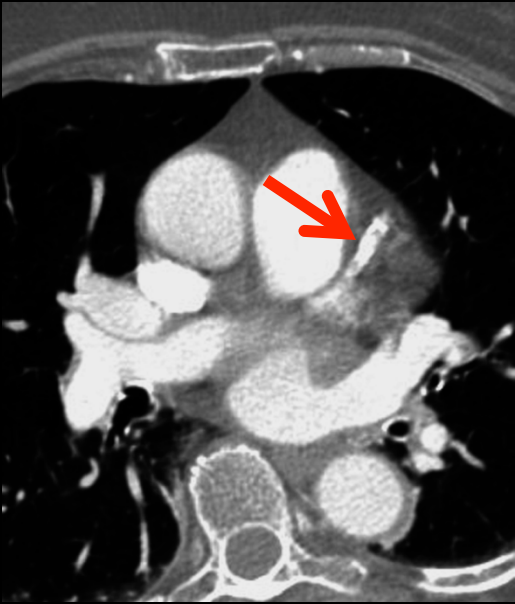
-visibilité spontanée du
myocarde (en pinçant la
fenêtre !!!)

-visibilité spontanée des veines
du foie et de la VCI rétro
hépatique (NPC avec
hyperdensité du foie d'une
hémochromatose ou d'un
traitement à la Cordarone®)

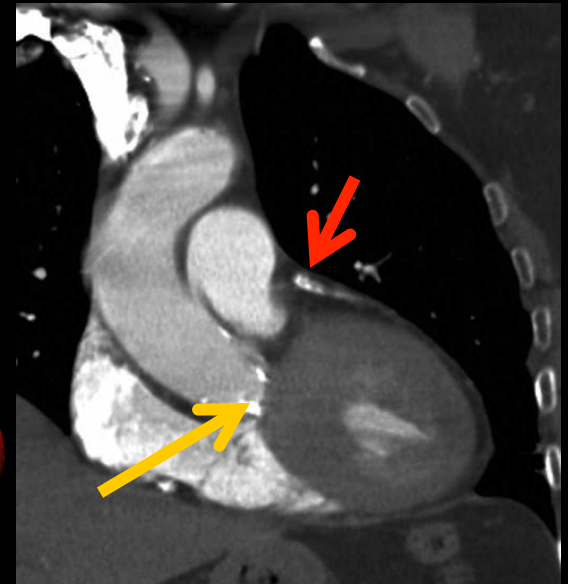
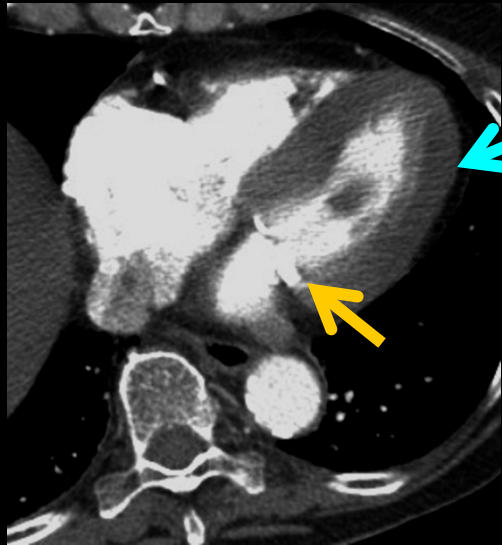
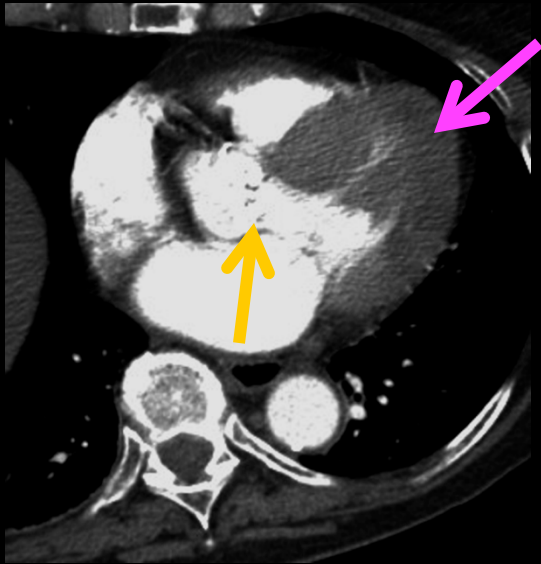
anémie sévère (ou hémodilution)



athérome calcifié coronaire proximal
 (silicose et ganglions inflammatoires anthracosilicotiques ; coal worker's pneumoconiosis
 CWP ;black lung diseases) ;carcinome bronchique
 primitif LSD



femme 70 ans; calcifications massives des sigmoïdes aortiques ;athérome calcifié d l'IVA , HVG concentrique : RAC



rétrécissement aortique calcifié (RAC) serré

Parmi les douleurs **chroniques**, celles survenant **à l'effort** sont dominées par l'angor.

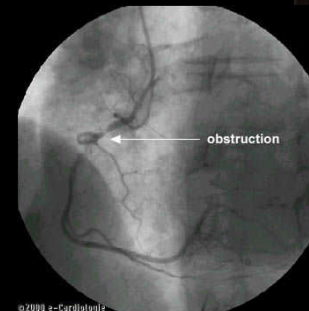
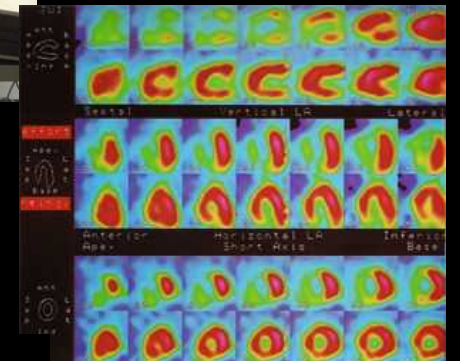
Il faut intégrer la présence ou non des **facteurs de risque cardio-vasculaires** (dont les **données de l'imagerie CT !**) pour estimer la probabilité clinique de l'atteinte coronaire, en particulier dans les manifestations atypiques et rares de l'ischémie coronaire

-**blockpnée d'effort** : sensation de blocage respiratoire au cours de la marche, sans essoufflement vrai ni dyspnée

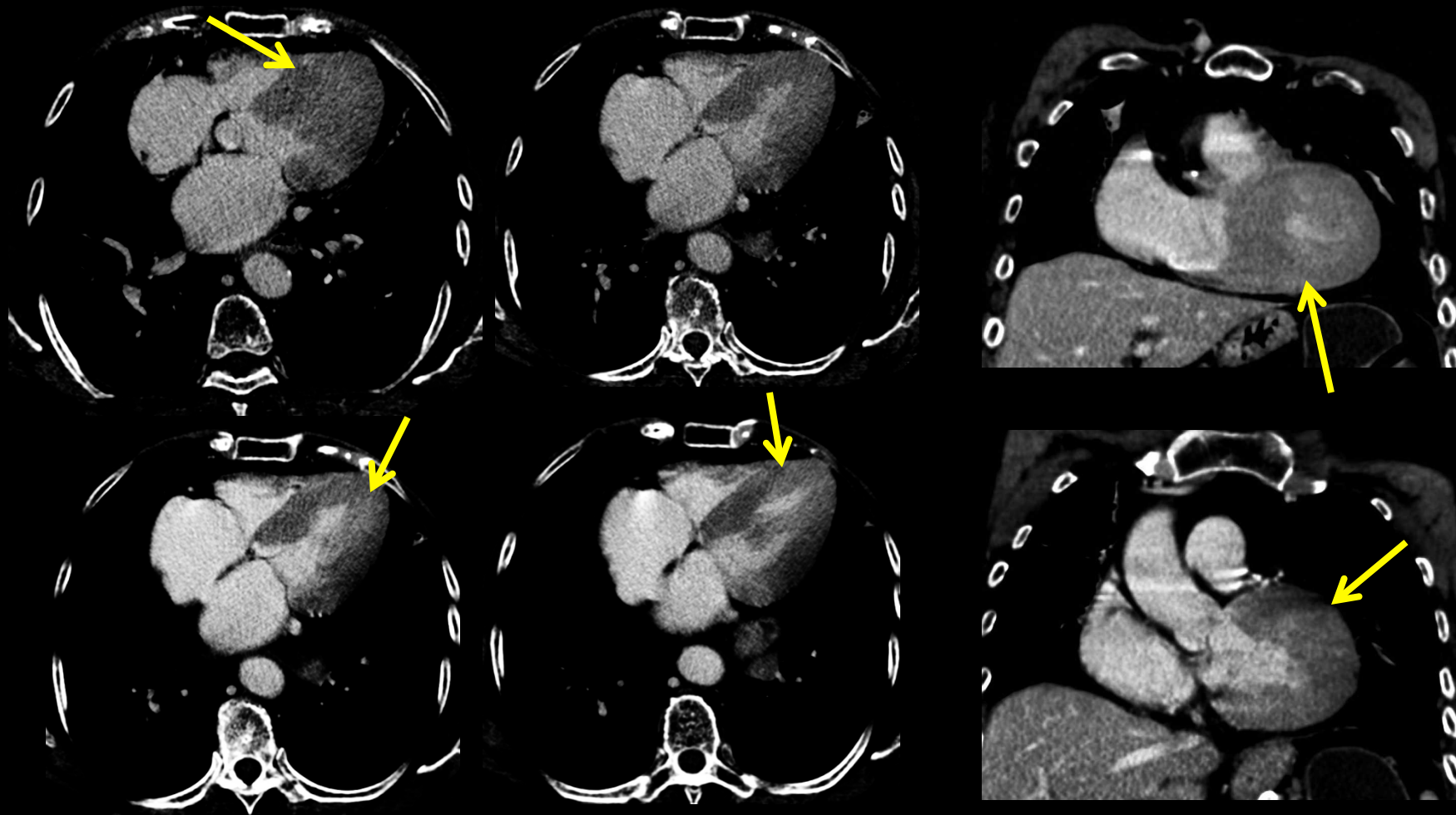
-sensation de fatigue, de faiblesse extrême avec hypersudation, nausées, étourdissement, dyspnée, tachycardie, palpitations ...

-douleurs de siège atypique :épaule, bras, dos, mâchoire, **douleur dentaire**, **épigastrique** ; caractères commun : début brutal, déclenchement par un effort.

-**angor de Prinzmetal** : sensation d'écrasement, généralement observée au repos, sans anomalie tensionnelle ni trouble du rythme ; sexe féminin, rôle du stress +++.



Les **douleurs chroniques continues** sont le plus souvent d'origine pleuro-pulmonaire ,digestive , ostéo-articulaire , neuro-musculaires ,psychiques ... mais elles peuvent aussi avoir une origine cardiaque



femme 84 ans , douleurs
précordiales chroniques

cardiomyopathie hypertrophique ;
HVG concentrique (+FO P)





femme 43 ans , hospitalisée en
réanimation médicale

insuffisance cardiaque droite

Les douleurs chroniques d'origine pleuro-pulmonaire ou médiastinale

si elles sont **intenses** ,**insomniantes** doivent faire évoquer une **atteinte maligne** : mésothéliome (rétraction) ,une pleurésie métastatique (moins douloureuse (cancers du sein et de l'ovaire),cancer bronchique (Pancoast et Tobias) ,hémopathie maligne (médiastin)± syndrome cave supérieur .



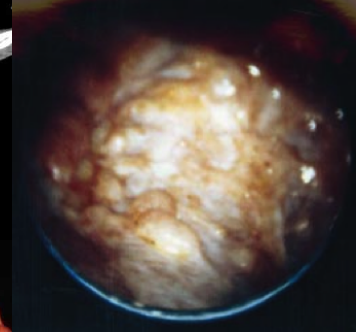
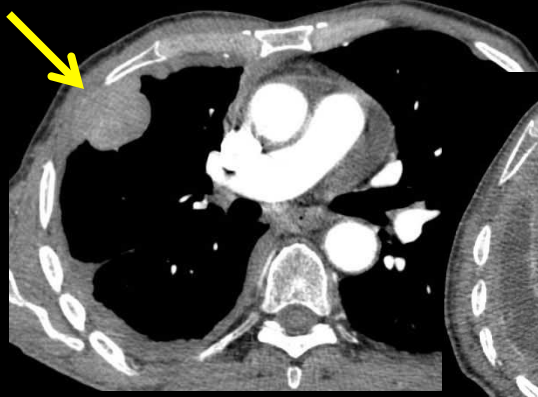
asymptomatiques
(non douloureuses !)

asbestose pleurale
et
parenchymateuse

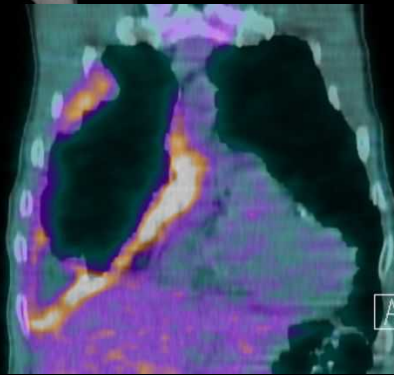
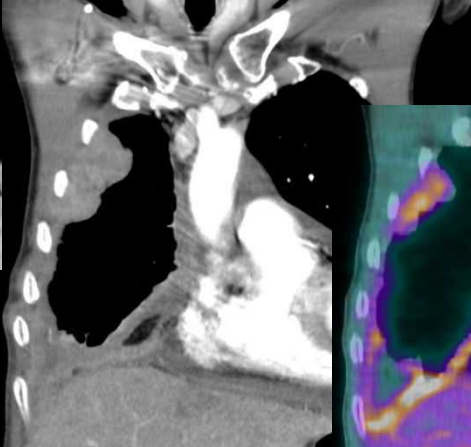
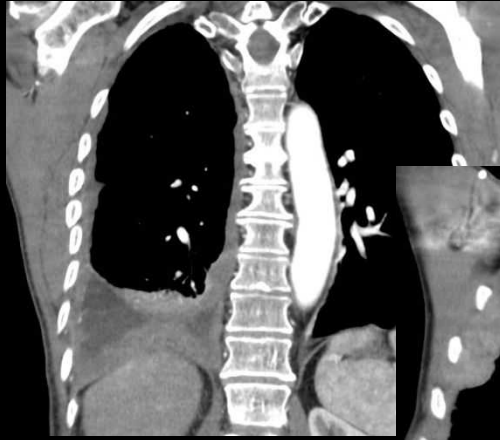


asbestose pleurale et
parenchymateuse
+plaques pleurales
(témoins de l'exposition à
l'amiante)

homme 50 ans 20 PA , AEG depuis quelques mois: perte de 2 kg, asthénie dyspnée aux 2 temps , douleur thoracique droite , diminution du MV et matité droite à la percussion



mésothéliome malin pleural



25 01 2010

femme 50 ans , dyspnée et baisse de
l'état général ; peu de douleurs....

②

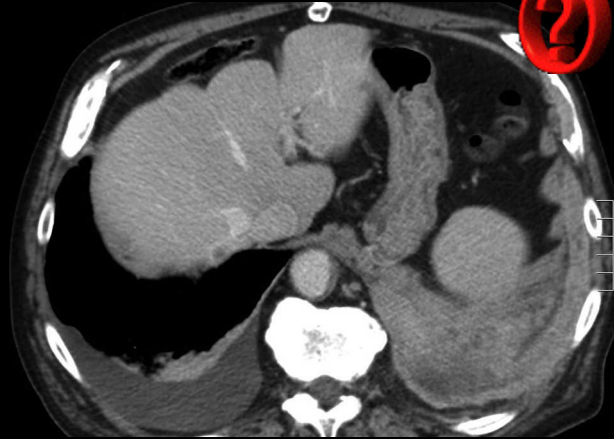
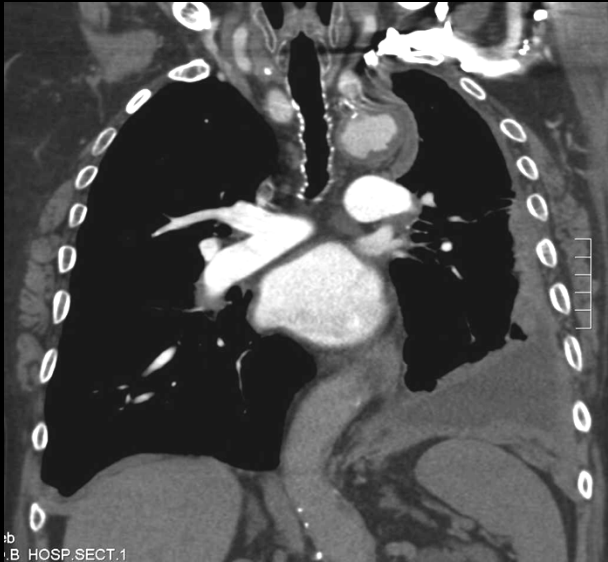
16 11 2010

Spin: 0
Tilt: -90

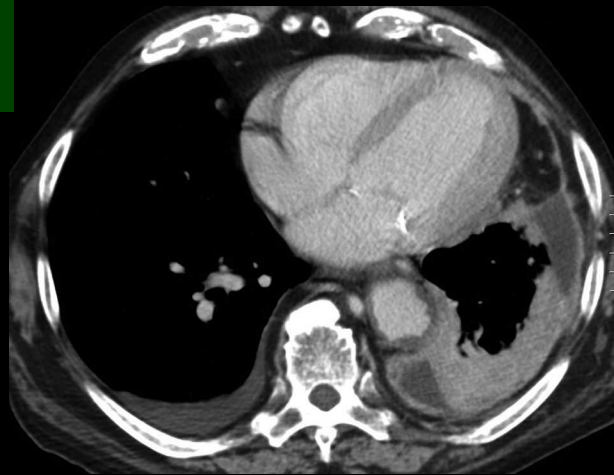
Spin: 0
Tilt: -90

métastases
pleurales d'un
adénocarcinome
ovarien

homme 85 ans , baisse de l'état général , douleurs thoraciques d'intensité croissante....

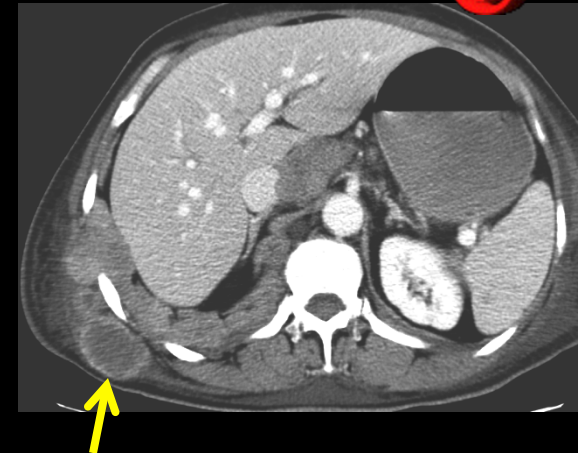
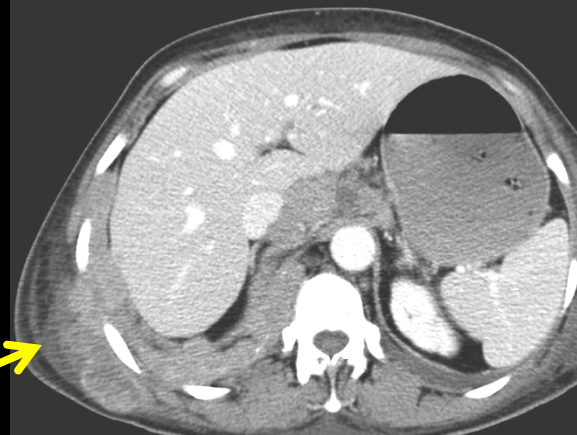
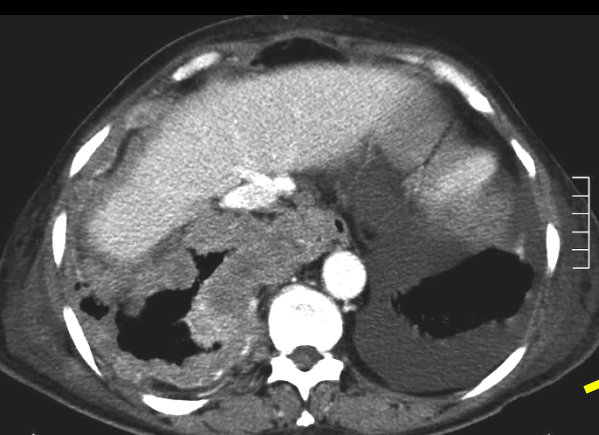


métastases pleurales
d'un mélanome cutané...!

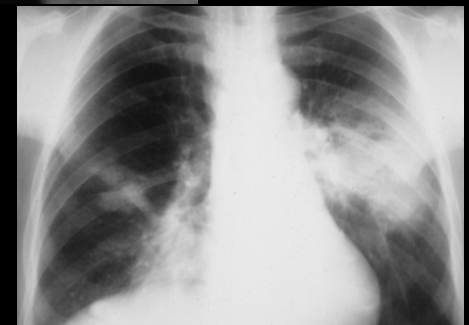
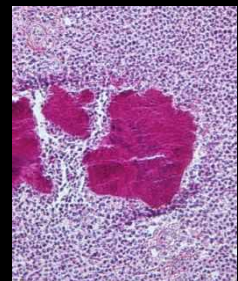
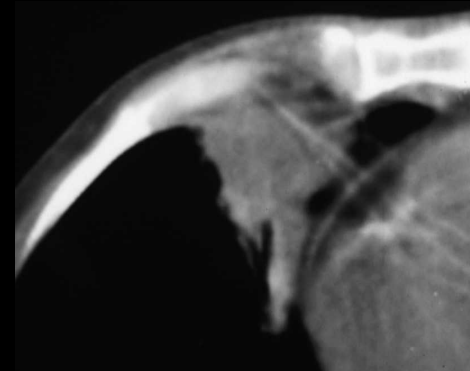
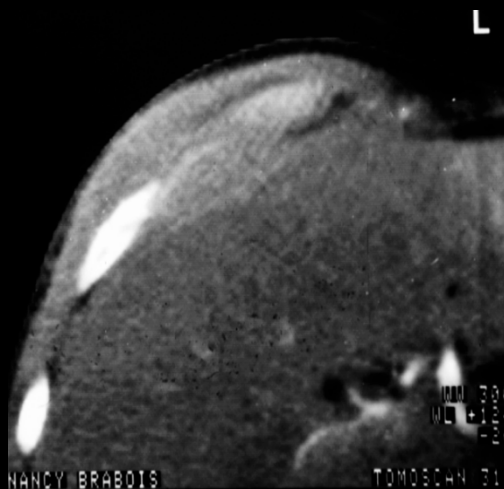


métastases pleurales d'un
CHC et black lung de coal
worker's disease

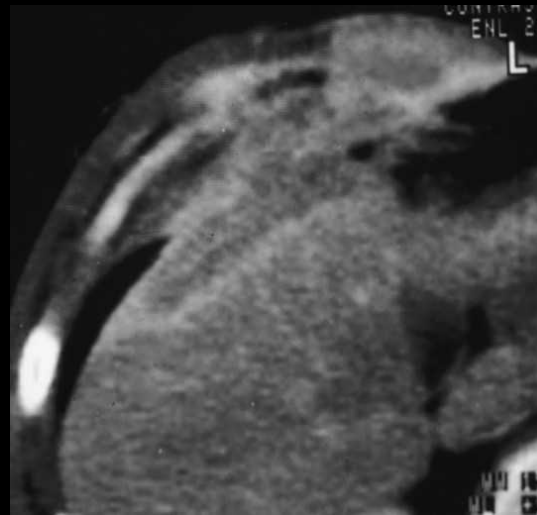
femme 50 ans , baisse de l'état général ; douleurs chroniquesdiagnostic



le mésothéliome a une propension à traverser les parois thoraciques, y compris le diaphragme ; quelle(s) ,autre(s) étiologie(s) évoquer devant une lésion thoracique étendue à la paroi



actinomyose pleuro-parenchymateuse
avec extension pariétale



actinomycose

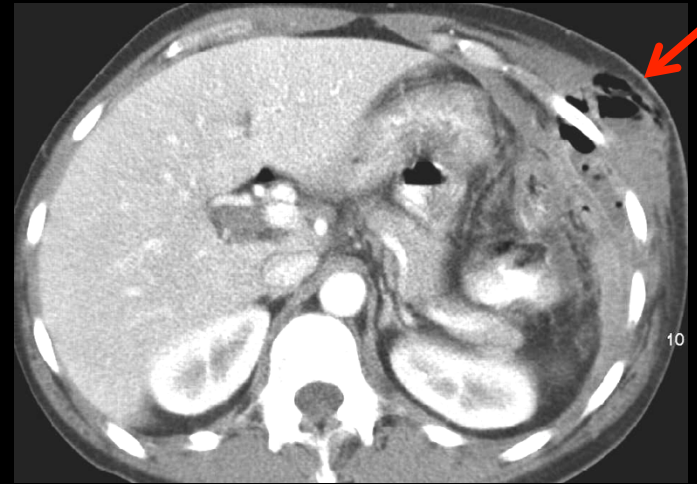
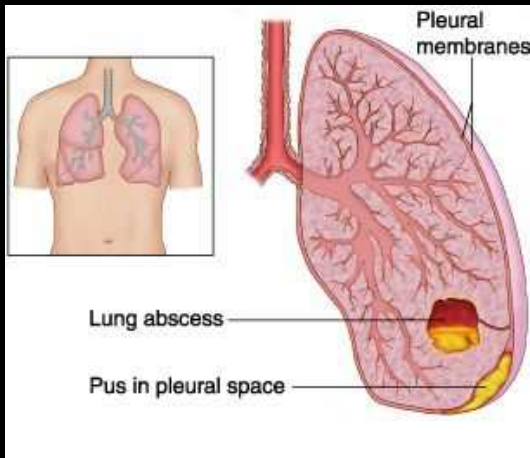


granules de soufre

femme 22 ans , tuméfaction pariétale peu sensiblediagnostic



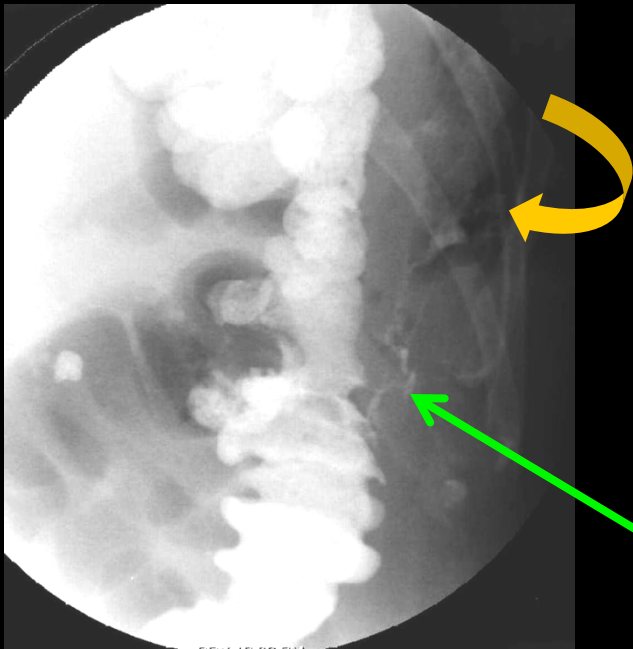
empyème de nécessité (empyema necessitatis) tuberculeux



empyème pleural

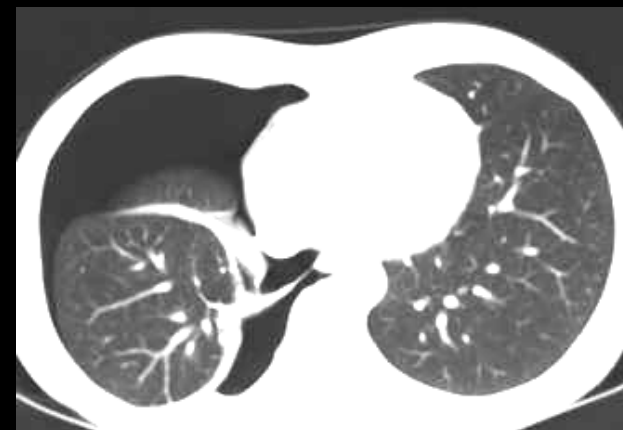
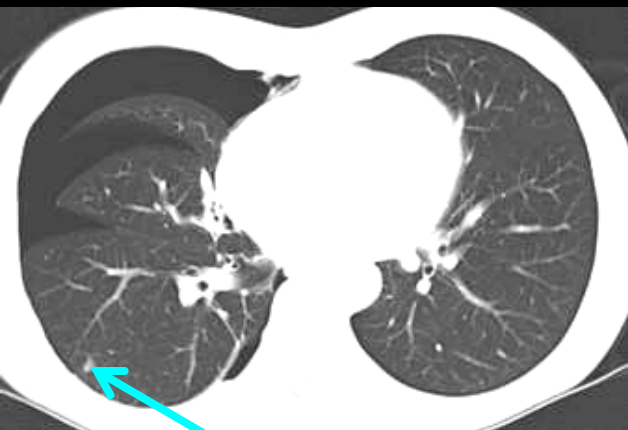
empyème de nécessité (empyema necessitatis)

BK, actinomycose, pneumocoqueici E. Coli et S. aureus

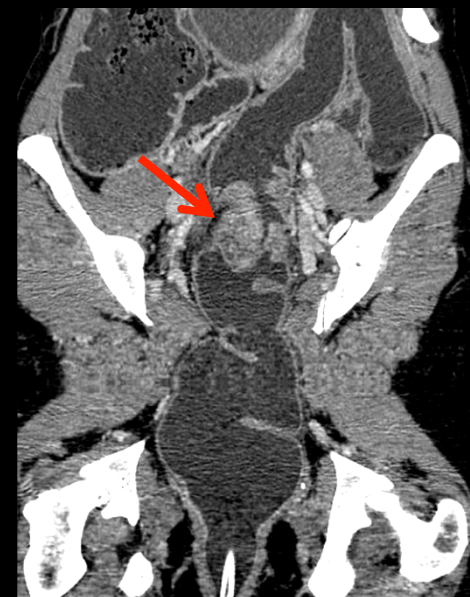
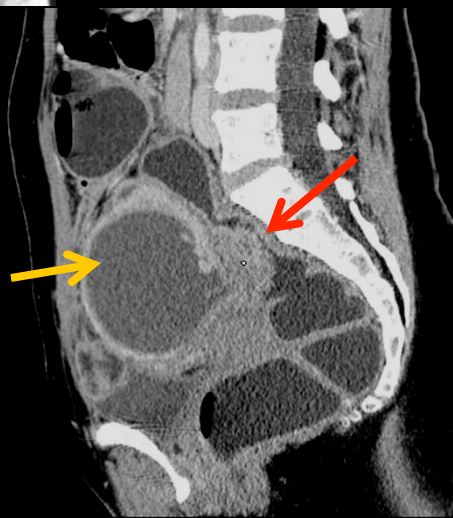
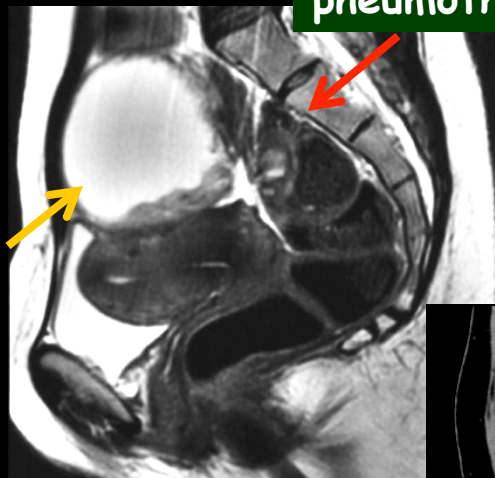


empyème de nécessité (empyema necessitatis) non tuberculeux, d'origine abdominale (diverticulite du colon gauche)

femme 32 ans , point de coté thoracique sans dyspnée ni tachycardiediagnostic ?



pneumothorax récidivant (cataménial) et endométriose pelvienne profonde



Causes potentielles de pneumothorax spontanés secondaires

hamartomes kystiques mésenchymateux

emphysème lobaire congénital

canabis

métastases juxta pleurales (ostéosarcome)

pneumocystose

tuberculose

mucoviscidose

emphysème centrolobulaire (déficit en A1AT)

BPCO

pneumonie nécrosante

toutes les pneumopathies infiltrantes

syndrome de Birt Hogg Dubé (fibrofolliculomes cutanés et
predisposition au cancer du rein)

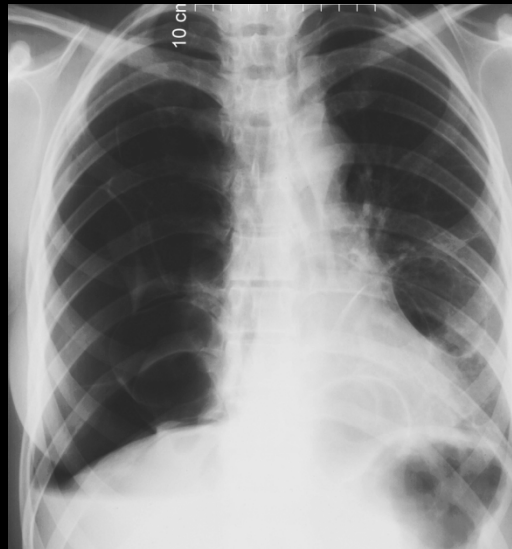
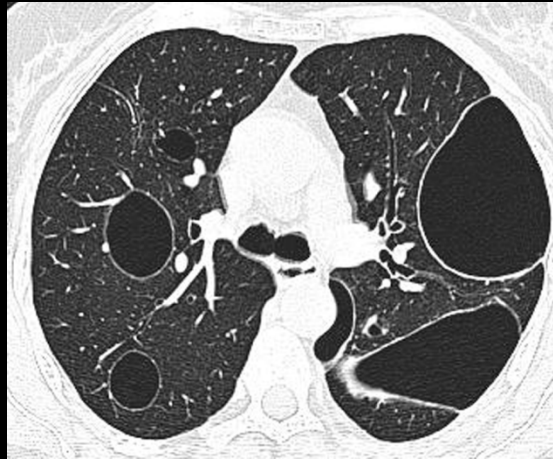
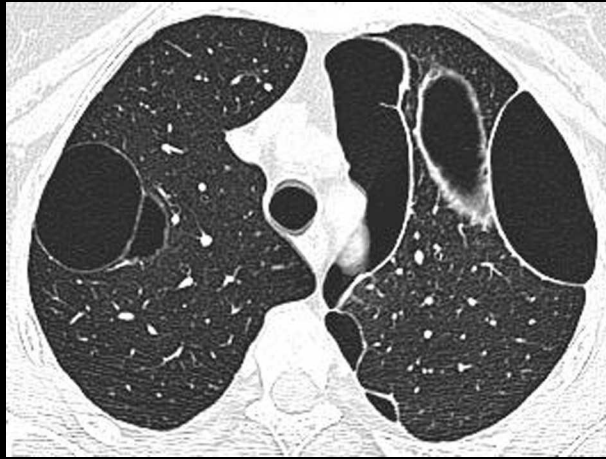


mange des crabes

ase (P. westermani)



femme 78 ans , plusieurs pneumothorax depuis 15 ans ; images kystiques évolutives



syndrome de Birt-Hogg-Dubé



fibrofolliculomes cutanés

Les douleurs thoraciques chroniques d'origine oesophagienne

Spasme(s) œsophagien (s) et RGO

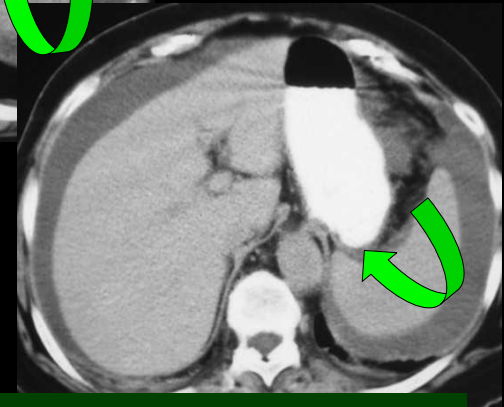
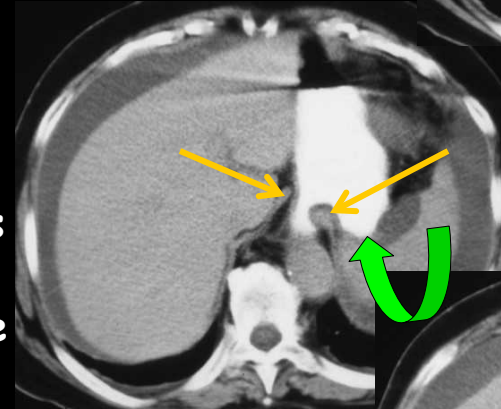
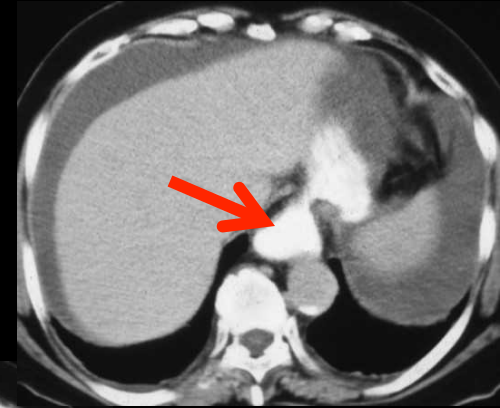
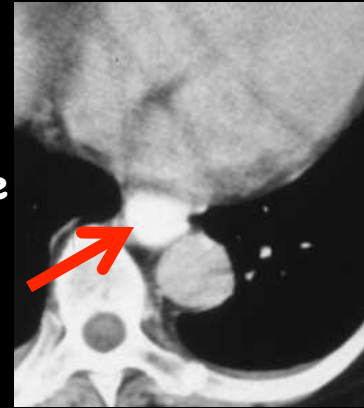
-douleur **médio-thoracique constrictive** ressemblant étrangement à la douleur angineuse (constriction et pesanteur). **également habituellement sensible à la trinitrine.**

-non déclenchée par les efforts, mais souvent facilitée par la déglutition.pyrosis et régurgitations acides en cas de RGO

-multiples aspects , de l'oesophage "casse-noisette"(nutcracker) à la maladie des spasmes diffus (étagés) ou (syndrome de Barsony-Teschendorf) en passant par le mégaoesophage (cardiospasme) ... et les hypocontractions oesophagiennes (40 causes possibles !!)

-n'appartiennent pas toujours au prebyoesophage

-le diagnostic repose sur la manométrie œsophagienne et la pH métrie. **Malheureusement l'apport des opacifications est oublié....**



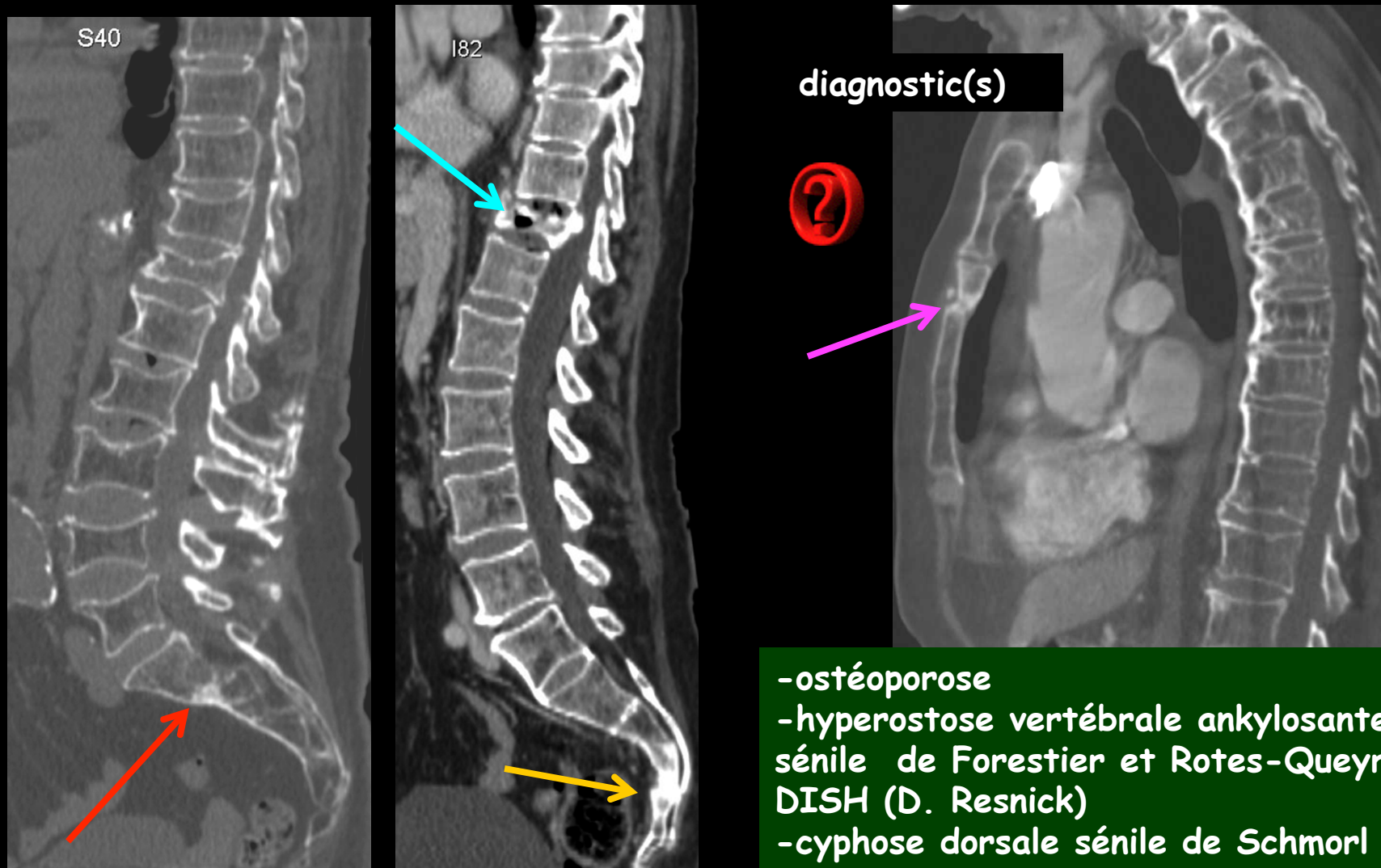
RGO spontané ;malposition cardio-tubérositaire, sans hernie hiatale vraie



femme 69 ans , dysphagie paradoxale

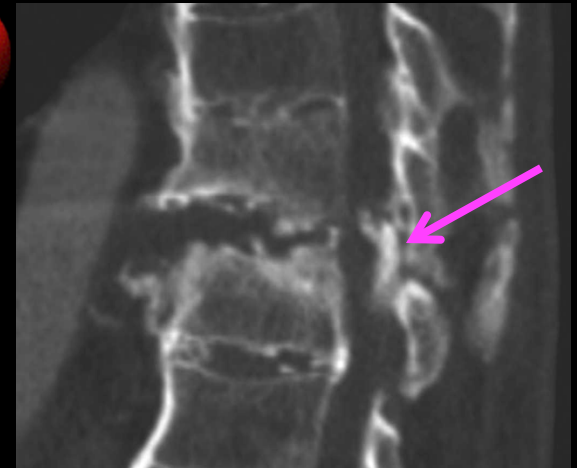
mégaoesophage (défaut de relaxation du SOI)

Les douleurs thoraciques chroniques d'origine "rhumatismale" (osseuses, articulaires , neuro-musculaires...)

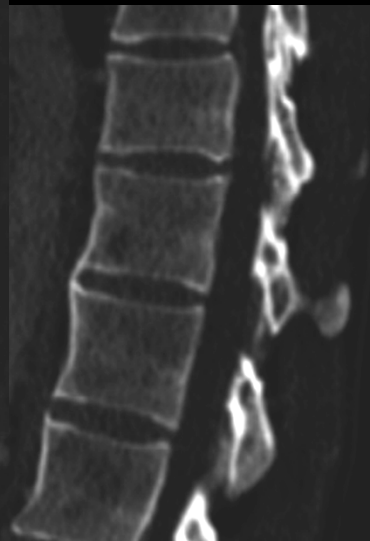
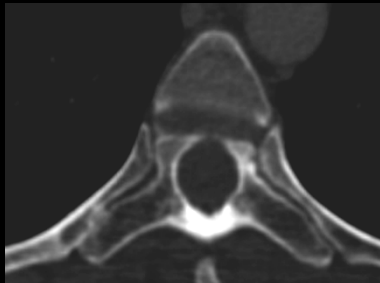
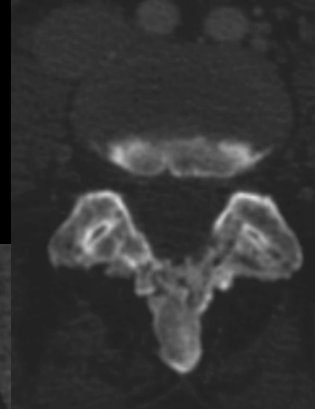
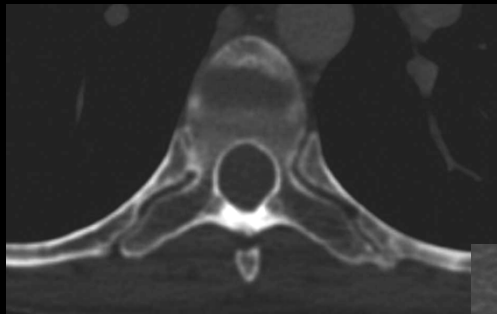


- ostéoporose
- hyperostose vertébrale ankylosante sénile de Forestier et Rotes-Queyrol; DISH (D. Resnick)
- cyphose dorsale sénile de Schmorl
- fracture par insuffisance osseuse du sternum

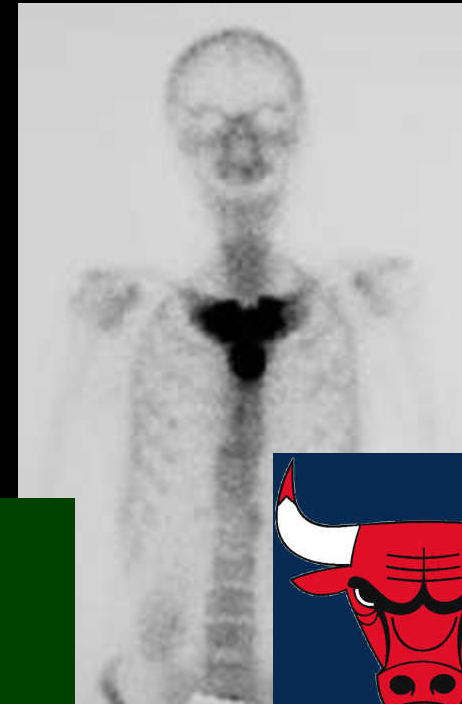
l'ostéoporose est une maladie , grave !,
qui mérite d'être signalée dans les CR
d'imagerie



SA fracture transdiscale



jeune femme 34 ans SA typique ;atteinte articulaires et osseuses de la charnière dorso-lombaire et des articulations costo-vertébrales



hyperostose sterno-costo-claviculaire

pustulose palmo-plantaire
acné conglobata ou fulminans
hydrosadénite suppurée
psoriasis pustuleux

Propione bacterium acnes

SAPO synovite, acné, pustulose palmo-plantaire, ostéite,



Au total

- pensez toujours à rechercher les **facteurs déclenchant** dans toutes les douleurs thoraciques , aiguës mais aussi chroniques (effort)
- sachez retrouver les **facteurs de risque** potentiels des douleurs thoraciques sur vos images et n'oubliez pas d'en informer ni le patient , ni le correspondant qui vous la adressé (CR +++):

- .calcifications coronaires
- .anémie
- .ostéoporose
- .RGO spontané , malposition cardio-tubérositaires

- restez simple et de bon sens : **les pathologies fréquentes sont celles que l'on rencontre le plus souvent !**

"When you hear hoofbeats behind you, don't expect to see a zebra"
Theodore WOODWARD, 1948

