

Communication Interventriculaire post "infarctus" et revue de la littérature

T. NEBHANI, S. ZIDOUH, N. CHOUAIB, A. BELKOUCH, L. BELYAMANI

Introduction :

La communication interventriculaire (CIV) post infarctus du myocarde (IDM) est une complication rare mais non exceptionnelle, elle survenait dans 1 à 2% des infarctus avant l'ère de la thrombolyse [1].

Durant les dernières années, cette fréquence a diminué compte tenu de la prise en charge médicale plus agressive diminuant la fréquence à 0,2 %, cependant la mortalité reste très élevée [2].

C'est une urgence extrême imposant une prise en charge multidisciplinaire associant les urgentistes, les cardiologues et les chirurgiens cardiovasculaires.

Nous rapportons dans cette observation le cas d'un patient qui a présenté un syndrome coronarien aigu avec sus-décalage du segment ST compliqué d'une rupture septale.

Observation :

Il s'agit d'un Homme de 70 ans, ayant comme facteur de risque cardiovasculaire un tabagisme chronique à raison de 40 paquets année et une dyslipidémie, admis aux urgences pour douleur thoracique.

Le début de la symptomatologie remonte à 2 jours par l'installation d'une douleur thoracique infarctoïde associée à une dyspnée stade IV de la NYHA évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général.

Le patient a été pris en charge initialement en salle de déchoquage dont l'examen clinique trouvait un malade conscient. Sur le plan hémodynamique la fréquence cardiaque était à 99 bpm, la tension artérielle à 75 / 46 mmHg, avec signes de choc (extrémités froides, cyanosées, et des marbrures), on notait la présence des signes d'insuffisance cardiaque droite avec une turgescence des veines jugulaires et un reflux hépato-jugulaire. L'auscultation cardiaque objectivait un souffle systolique en rayon de roue au foyer mitral.

Sur le plan respiratoire le patient était tachypneïque à 35 cpm. Sa saturation pulsée en oxygène était à 94% à l'air libre.

L'auscultation pleuro-pulmonaire trouvait des râles crépitants bilatéraux en marrée montante.

L'électrocardiogramme avait objectivé un sus-décalage

du segment ST dans le territoire antéro-septal.

(Figure 1)

La troponine I cardiaque était élevée à 16,44 ng/ml, la fonction rénale altérée et la protéine C réactive à 200 mg/l.

L'échocardiographie trans thoracique réalisée au lit du malade avait montré un ventricule gauche non dilaté avec communication interventriculaire apicale de 7 mm, la fraction d'éjection était à 57 %. Le ventricule droit non dilaté avec fonction systolique conservée. (Figure 2)

Le diagnostic de CIV post IDM a été retenu. Le patient a été mis sous dobutamine à 10ug/kg/min, sous double anti-agrégants plaquettaires acide acétyl-salicylique 250 mg en IVD et clopidogrel 600 mg en peros et héparine de bas poids moléculaire 60mg toutes les 12 heures en sous cutanées.

Puis le patient a été transféré en unité de soins intensifs de cardiologie ou un ballon de contre pulsion aortique a été mis en place en attente d'une chirurgie cardiaque. Les suites étaient sans particularité et le patient a été opéré un mois après.

Discussion :

La rupture septale post-infarctus du myocarde constitue un événement catastrophique pouvant engager le pronostic vital, dont l'incidence actuellement est de 0,2% avec une mortalité qui reste tout de même élevée dépassant les 90% [2].

Le délai moyen de survenue de cette complication est de 6 (3-9) jours. Dans notre cas le délai de survenue était de 48 h après le début du SCA ST+. Les facteurs de risque les plus rapportés sont l'âge avancé, le territoire antérieur de l'infarctus et le sexe féminin [1]. L'IDM peut être compliqué d'une insuffisance ventriculaire droite dans 45% des cas, gauche dans 30% et/ou globale dans 20% des cas.

Un choc cardiogénique est décrit dans 60 % des cas, comme c'est le cas chez notre patient. [2]

Le diagnostic positif de la rupture septale est échocardiographique. Elle est antérieure dans 69 % et postérieure dans 31% des cas [3]. Le traitement est médico-chirurgical ainsi qu'interventionnel.

Communication Interventriculaire post "infarctus" et revue de la littérature

T. NEBHANI, S. ZIDOUH, N. CHOUAIB, A. BELKOUCH, L. BELYAMANI

Discussion :

Une réparation chirurgicale urgente a été initialement proposée depuis les années 1980, parce que le traitement médical seul a été soldé par une mortalité avoisinant les 100 % [4]. L'AHA / ACC recommande une chirurgie réparatrice en urgence ; malgré qu'une chirurgie précoce (3jours – 4 semaines) a une mortalité intra-hospitalière de 52 %, alors que pour une chirurgie retardée, elle est de l'ordre de 8 % [5].

En attente d'une cure chirurgicale un ballon de contre pulsion intra aortique peut être mis en place (60% des cas). [6] Dans la décade passée, la fermeture percutanée de la CIV

avait été émergée comme une alternative prometteuse [7]. Une bonne prise en charge est définie par l'amélioration ou l'élimination du choc cardiogénique relatif au shunt gauche droit, conséquent à la CIV. Pourtant 40% des patients gardent un shunt résiduel, et requièrent une réintervention chirurgicale [6].

Conclusion :

Le pronostic des CIV post IDM est effroyable, la prise en charge chirurgicale de fermeture des communications inter ventriculaires post-infarctus, est recommandée pour améliorer la survie des patients.

Références :

[1] Crenshaw BS, Granger CB, Birnbaum Y, et al. Risk factors, angiographic patterns, and outcomes in patients with ventricular septal defect complicating acute myocardial infarction. GUSTO-I (Global Utilization of Streptokinase and TPA for Occluded Coronary Arteries) Trial Investigators. *Circulation* 2000;101: 27—32.

[2] Kalyani R, Trivedi a, Philippe Aldebertb, Alberto Riberi c, Julien Mancinid,e, Gilles Levyf, Jean-Christophe Maciag, Jacques Quilicci c, Gilbert Habibc, Alain Fraisse b,? Prise en charge séquentielle des communications interventriculaires post-infarctus myocardique *Archives of Cardiovascular Disease* (2015) 108, 321—330.

[3] Deja MA, Szostek J, Widenka K, et al. Post-infarction ventricular septal defect — can we do better? *Eur J Cardiothorac Surg* 2000;18:194—201.