

Fait clinique

Le syndrome de « Tako-Tsubo » : à propos de deux cas

The “tako-tsubo” syndrome: about two cases

N. Ferrier, G. Bitar, X. Marcaggi*, G. Amat

Service de cardiologie, centre hospitalier de Vichy, boulevard Deniere, 03209 Vichy, France

Reçu le 20 octobre 2005 ; accepté le 9 novembre 2006

Disponible sur internet le 14 décembre 2006

Résumé

Le syndrome de « tako-tsubo », décrit initialement par des auteurs japonais se définit comme une akinésie réversible des segments apicaux du ventricule gauche sans lésion coronaire significative associée, avec une élévation enzymatique faible. Nous rapportons les observations de deux femmes (moyenne d'âge : 68 ans) hospitalisées pour suspicion d'un syndrome coronarien aigu présentant à l'admission une douleur infarctoïde avec à l'électrocardiogramme un sus-décalage du segment ST. L'échographie cardiaque d'arrivée montre une akinésie apicale. La coronarographie ne montre pas de lésion angiographiquement significative. L'élévation enzymatique a été faible en ce qui concerne la troponine et non significative pour les CPK. L'évolution a été favorable pour les deux patientes. L'une d'elle traitée préalablement par Flécaïne® a présenté comme complication une tachycardie ventriculaire spontanément résolutive avec à l'électrocardiogramme un allongement du QT. À un mois, les anomalies électrocardiographiques et échocardiographiques ont totalement disparu. Le traitement instauré comporte β -bloquant, aspirine, statines, IEC. Dans les deux cas, nous ne retrouvons pas d'argument pour une myocardite, une thrombose recanalisée, un spasme coronarien, un phéochromocytome mais toutes deux avaient été soumises à un stress émotionnel. Le scanner coronaire pourrait faciliter le diagnostic.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The "tako-tsubo" syndrome, initially described by Japanese authors is an apical akinesis of the left ventricle without significant coronary artery disease, with a moderate elevation of troponin I. We report 2 cases of women (with an average age of 68 years). They were referred for suspected acute coronary syndrome including on admission chest pain and ST segment elevation. Cardiac ultrasonography shew an apical akinesis. Coronary angiography didn't show significant coronary lesion. A moderate elevation of troponine was noted but no significant elevation of CPK. The prognosis has been excellent for these 2 patients. We observed a ventricular tachycardia due to QT lengthening in 1 case treated anteriorly by Flecaïn which spontaneously resolved. The first month, the electrocardiogram and cardiac ultrasonography anomalies disappeared totally. The treatment is based on β -blockers, aspirin, statines, ACE. In the two cases, we didn't find arguments for myocarditis, recanalized thrombosis, coronary spasm, pheochromocytomas, but a risk factor is inboth: emotional stress. Maybe the diagnosis could be easier with the sub-millimeter cardiac computed tomography.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Tako-Tsubo ; Syndrome coronarien aigu ; Ballonisation apicale transitoire du ventricule gauche ; Scanner coronaire

Keywords: Tako-tsubo syndrome; Acute coronary syndrome; Apical ballooning; Cardiac CT scan

Abbreviations : CRA, crânial ; CAU, caudal ; OAG, oblique antérieur gauche ; OAD, oblique antérieur droite ; ACE, IEC, inhibiteur de l'enzyme de conversion ; ECG, électrocardiogramme.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cardiologie@ch-vichy.fr (X. Marcaggi).

1. Introduction

Le syndrome de « tako-tsubo » est une ballonnisation apicale transitoire du ventricule gauche. Ce syndrome tout d'abord décrit chez des patients japonais [1–4], touche également les autres populations entre autres des patients caucasiens [5–7].

Le nom de « tako-tsubo » a été donné en raison de la ressemblance de la forme du ventricule gauche avec un pot présentant une large base et un collet étroit utilisé au Japon pour piéger les pieuvres (tako = pieuvre, tsubo = pot).

Dans tous les cas, il s'agit de femmes de plus de 60 ans qui se présentent avec une scène infarctoïde dans le territoire antérieur.

Nous présentons deux cas de patientes françaises.

2. Observations

2.1. Cas 1

Femme de 66 ans hospitalisée en août 2004 pour une douleur angineuse prolongée (deux heures) typique persistant à l'admission sans dyspnée ni palpitation.

Les facteurs de risque cardiovasculaire se limitent à une dyslipémie traitée par fibrates.

On retient comme antécédents médicaux : une tachycardie de Bouveret traitée par Flécaïne®, une allergie à l'iode, et des antécédents chirurgicaux banals (cure d'un prolapsus utérin et vésical, stripping des varices des membres inférieurs et appendicectomie).

L'examen clinique à l'admission retrouve une pression artérielle et une fréquence cardiaque normales, une auscultation cardiaque normale et pas de signe d'insuffisance cardiaque.

L'électrocardiogramme (ECG) à l'admission retrouve un sus-décalage du segment ST en D1, VL, V1, V2 (Fig. 1). Au plan biologique, à l'admission : élévation de la troponine I à 1,59 ng/ml (N < 0,6).

Devant la symptomatologie, les signes électrocardiographiques et les bilans biologiques, la patiente bénéficie d'une coronarographie en urgence (par voie fémorale droite 6F).

Il est alors retrouvé des artères coronaires angiographiquement saines (Fig. 2 : CRA 24°, OAG 45° et CAU 25°, OAD 15° ; Fig. 3 : CAU 0°, OAG 45°).

L'échographie cardiaque montre : une akinésie antéro-septoapicale avec une fraction d'éjection diminuée (FE = 45–50 %), pas de gradient ventricule gauche (VG)–

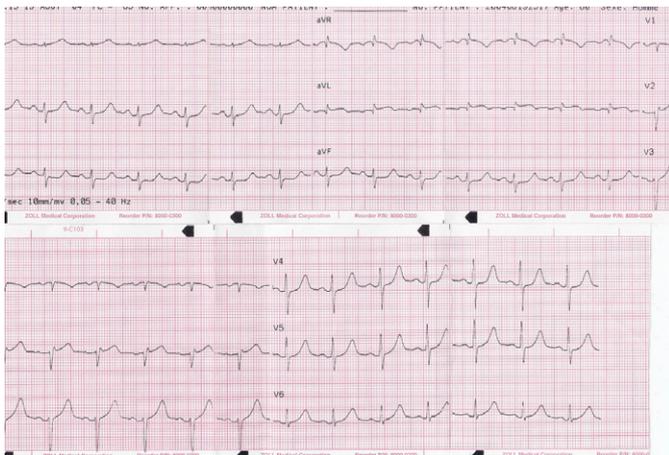


Fig. 1. ECG d'admission.

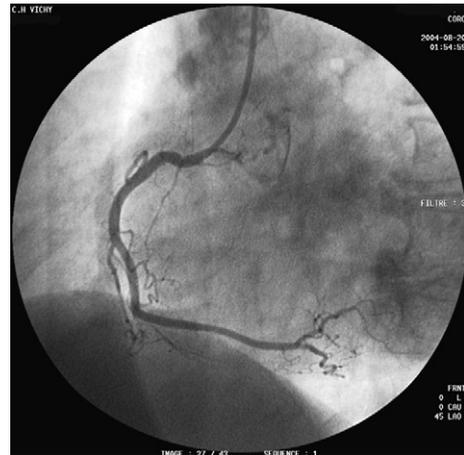


Fig. 3. Coronaire droite.

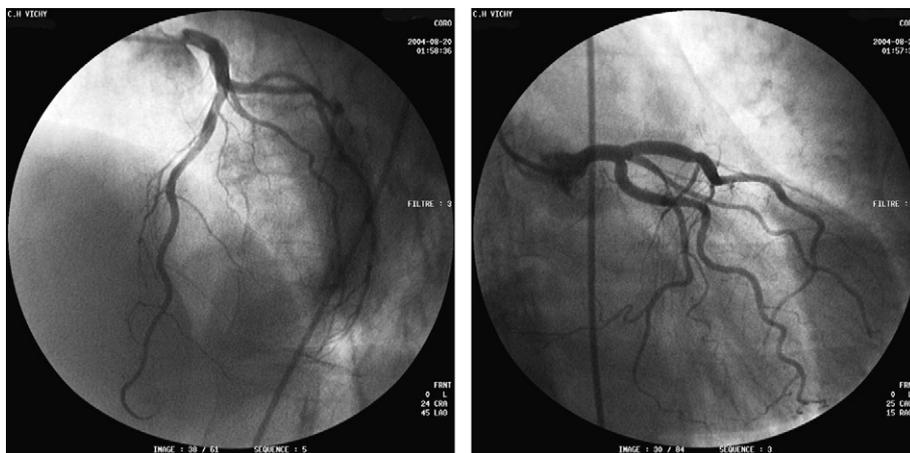


Fig. 2. Coronaire gauche.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869627>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869627>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)