



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Le syndrome de Tako-tsubo : peut-il être intégré dans le cadre de syndrome post-pneumonectomie ?

Can Tako-tsubo syndrome be integrated into post-pneumonectomy syndrome?

S. Rabiou^{a,*}, H. Siradjidine^b, G. Fofana^b, I. Issoufou^a,
M. Lakranbi^a, A. Elbouazzaoui^{c,e}, M. Serraj^{d,e},
Y. Ouadnoui^{a,e}, M. Smahi^{a,e}

^a Service de chirurgie thoracique, CHU Hassan II-Fès, Fès, Maroc

^b Service de cardiologie, CHU Hassan II-Fès, Fès, Maroc

^c Service de réanimation polyvalente, CHU Hassan II-Fès, Fès, Maroc

^d Service de pneumologie, CHU Hassan II-Fès, Fès, Maroc

^e Faculté de médecine et pharmacie, université de Sidi-Mohamed-Ben-Abdellah, Fès, Maroc

MOTS CLÉS

Syndrome coronarien
aigu ;
Coronarographie ;
Syndrome de
Tako-tsubo ;
Prise en charge

Résumé

Introduction. – Le syndrome de Tako-tsubo, ou « syndrome de ballonnisation apicale transitoire du ventricule gauche », se présente comme un syndrome coronarien aigu avec des coronaires normales.

Observation. – Nous rapportons le cas d'une patiente de 50 ans opérée d'un poumon détruit post-tuberculeux pour lequel elle a bénéficié d'une pneumonectomie gauche. Six mois après, elle se présente avec une douleur thoracique compliquée d'un arrêt cardiorespiratoire. Le syndrome de Tako-tsubo avait été retenu après avoir éliminé les autres causes.

Conclusion. – Le diagnostic de syndrome de Tako-tsubo doit être évoqué devant la survenue brutale d'un syndrome coronarien aigu dans les suites d'un stress et ou un choc émotionnel.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rabiouani2@icloud.com (S. Rabiou).

KEYWORDS

Acute coronary syndrome;
Coronary angiography;
Tako-tsubo Syndrome;
Management

Summary

Introduction. — Tako-tsubo syndrome, or “left ventricular transitory apical balloon syndrome”, is an acute coronary syndrome with normal coronary arteries.

Observation. — We report the case of a 50-year-old patient operated for a post-tuberculous destroyed lung, for which she had a left pneumonectomy. Six months later, she presented with chest pain complicated by cardiorespiratory arrest. The Tako-tsubo syndrome was retained after eliminating the other causes.

Conclusion. — The diagnosis of Tako-tsubo syndrome should be considered before the sudden occurrence of an acute coronary syndrome in the aftermath of stress or emotional shock.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le syndrome de Tako-tsubo, ou « syndrome de ballonnisation apicale transitoire du ventricule gauche », se présente comme un syndrome coronarien aigu alors qu’aucune obstruction des artères coronaires sus-épicaudiques ne peut en rendre compte [1,2]. Il est considéré dans les revues les plus récentes comme une entité unique qui inclut les dyskinésies transitoires du ventricule gauche rapportées au décours des stress aigus sévères, émotionnels ou physiques [1,2]. La morphologie du ventricule gauche dyskinétique évoque la forme du *tako-tsubo*, qui est le pot à fond rond et col étroit dans lequel les pêcheurs japonais piègent les pieuvres (Fig. 1). Les auteurs rapportent le cas d’une patiente qui a présenté une douleur thoracique 6 mois après une pneumonectomie gauche chez qui le diagnostic de syndrome de Tako-tsubo avait été évoqué et confirmé par la normalité d’une coronarographie.

Observation

Mme A.L. est une patiente de 50 ans, ayant un antécédent de chirurgie pour poumon détruit post-tuberculeux.

Elle avait bénéficié d’une pneumonectomie gauche extra-péricardique il y’a 6 mois, avec des suites opératoires simples. L’histoire clinique actuelle remonte à 24 h avant son admission par la survenue d’une douleur thoracique rétro-sternale, suite à une dispute liée à un problème familial. Le tableau clinique s’est aggravé par la survenue brutale d’une dyspnée motivant ainsi son transfert au service d’accueil des urgences dans un contexte d’arrêt cardiorespiratoire nécessitant une intubation trachéale avec massage cardiaque après administration de la noradrénaline à la dose de 1 mg toutes les 4 heures. Après récupération des fonctions cardiorespiratoires, la patiente avait été transférée dans le service de soins intensif où l’électrocardiogramme (ECG) avait montré un bloc de branche gauche incomplet avec des ondes T négative en antéro-apical. L’échocardiographie trans-thoracique avait conclu en faveur d’une dyskinésie antéro-septo-apicale avec pression de remplissage élevée et une fraction d’éjection systolique comprise de 35–40 %. Afin d’éliminer une embolie pulmonaire, un angioscanner thoracique réalisé en urgence était revenu sans anomalie, en dehors d’une déviation considérable des structures médiastinales liée à la pneumonectomie (Fig. 2). Devant les signes d’appels cardiaques, le terrain psychologique anxieux de la patiente et les circonstances de conflit familial, le

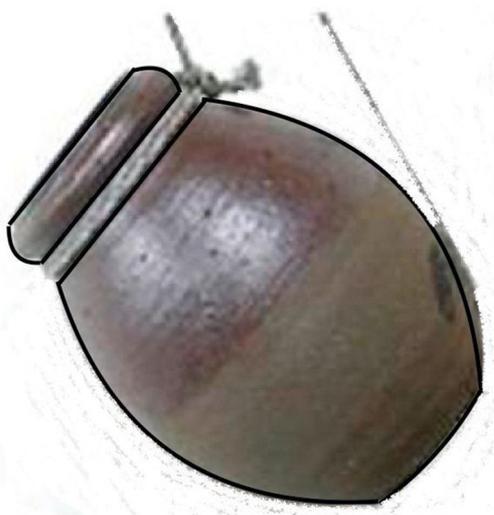


Figure 1. Le Tako-tsubo : outil dans lequel les pêcheurs japonais piègent les pieuvres.

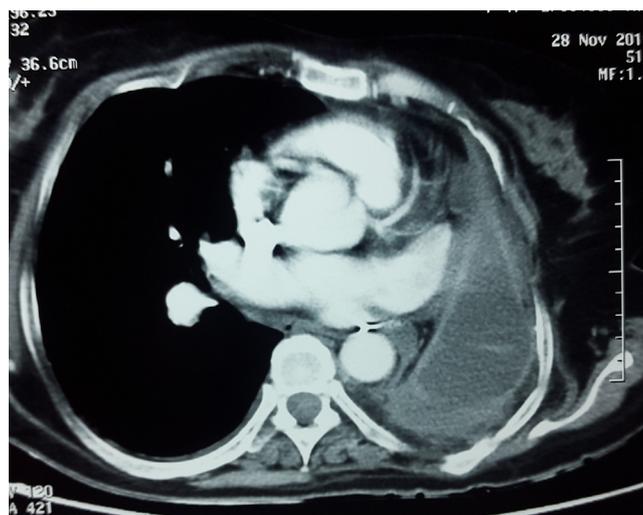


Figure 2. Angioscanner thoracique qui montre une importante déviation des éléments du médiastin notamment le cœur et les gros vaisseaux.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5674426>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5674426>

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