Journal Européen des Urgences et de Réanimation (2016) **28**, 216—221

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

CAS CLINIQUE

Un syndrome coronarien aigu après une piqûre d'insecte rampant, un nouveau cas de syndrome de Kounis ?

An acute coronary syndrome after crawling insect bites, a new case of syndrome Kounis?

F. Pineau*, T. Masseguin, P.J. Marianne-Dit-Cassou

Service urgences/Smur/UHCD/hyperbarie, groupe hospitalier Sud Réunion, CHU La Réunion, 97410 Saint-Pierre, Réunion

Reçu le 1er juin 2015 ; accepté le 1er février 2016
Disponible sur Internet le 17 octobre 2016

MOTS CLÉS
Kounis ;
Syndrome coronarien aigu ;
Allergie ;
Piqûre

Résumé Le syndrome de Kounis est un syndrome coronarien aigu (SCA) survenant dans un contexte d'allergie. Le 2 janvier 2014, sur l'Île de la Réunion, un patient piqué au pied par un insecte rampant est victime d'un SCA ST+ compliqué de troubles du rythme avec arrêt cardiorespiratoire. Il bénéficie d'une thrombolyse pré-hospitalière. La coronarographie met en évidence une lésion coronarienne pré-existante ; il pourrait s'agir d'un syndrome de Kounis de type 2, avec lésions coronaires quiescentes. Nous résumons ici les différents types de syndrome de Kounis, leur physiopathologie et les spécificités de leur prise en charge. Devant ce syndrome peu connu et de diagnostic difficile, nous soulignons l'importance d'un interrogatoire précis, lors de la prise en charge d'une douleur thoracique afin de mettre en évidence un éventuel contact avec des allergènes ; et de réaliser un ECG systématique à chaque patient présentant une réaction allergique. Afin de compléter le bilan de ce type de syndrome, il serait opportun de réaliser un dosage des différents marqueurs de l'anaphylaxie.
© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : pineau.flore@gmail.com (F. Pineau).

http://dx.doi.org/10.1016/j.jeurea.2016.02.009
2211-4238/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Kounis;
Acute coronary syndrome;
Allergy;
Bite

Summary Kounis syndrome is an acute coronary syndrome (ACS) occurring in a context of allergy. On January 2nd, 2014, on the island of La Reunion, a patient bitten in the foot by a crawling insect, has suffered of an ACS ST+ accompanied with additional arrhythmias and cardiorespiratory arrest. The patient received prehospital thrombolysis. Coronary angiography revealed the presence of a pre-existing coronary lesion. According to current knowledge, it could be a type 2 Kounis syndrome with dormant coronary lesions. This case report details the different types of Kounis syndrome, their pathophysiology and the specifics of their treatment. In front of this little known and difficult-to-diagnose syndrome, we emphasize the importance; in one hand, of a detailed questioning during the treatment of a chest pain in order to detect a possible contact with allergens, and in one another hand to perform a systematic ECG for each patient having an allergic reaction. In order to complete the assessment of this type of syndrome, it would be appropriate to make a quantitative analysis of anaphylaxis various markers.
© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'apparition d'un syndrome coronarien dans un contexte allergique, anaphylactique ou anaphylactoïde a été observée il y a déjà plus de 20 ans.

Le premier cas décrit date de 1965, mais la première description précise de l'angor allergique et des cas d'infarctus du myocarde allergique n'ont pas été décrits avant 1991. Cette pathologie porte le nom de syndrome de Kounis.

Depuis de nombreux cas ont été rapportés dans la littérature sous forme de case report.

À plusieurs reprises, il a été montré que le syndrome de Kounis n'est pas une maladie rare mais plutôt une pathologie méconnue et donc sous-diagnostiquée.

Nous présentons dans cet article un cas de syndrome de Kounis de type 2 après une piqûre d'insecte sur l'Île de la Réunion. Nous tenterons d'apporter des éléments de réflexion quant à la physiopathologie, le traitement éventuel et les améliorations qui peuvent être apportés par les cliniciens pour diagnostiquer plus souvent ce type de pathologie.

Observation

Le 2 janvier vers 10 h 30, le cyclone Béjisa passe à proximité de l'Île de la Réunion. L'île est en alerte rouge, ce qui signifie qu'il est interdit de quitter son domicile, d'emprunter le réseau routier et qu'il est demandé de n'utiliser le réseau téléphonique qu'en cas d'extrême urgence.

Mr L., un habitant du sud de l'île, est victime d'une piqûre d'insecte rampant sur la face externe du pied droit à son domicile à 11 h 00.

Cette piqûre est rapidement suivie en quelques minutes d'une urticaire, puis d'une douleur épigastrique suivie d'une sensation de malaise. Après appel du centre 15, les sapeurs-pompiers arrivent au domicile de Mr L. à 11 h 20. Il est en sueur, décrit toujours cette douleur épigastrique puis perd connaissance : il est en arrêt cardiorespiratoire. Une réanimation cardiopulmonaire est débutée. Le défibrillateur est utilisé à 11 h 24 avec succès : le patient récupère un pouls efficace. Si à l'arrivée du Smur, Mr L. est en rythme sinusal, des troubles de conscience avec un score de Glasgow inférieur à 6 justifient d'une intubation en séquence rapide.

L'ECG révèle un sus-décalage de V2 à V5, en aVL et D1, avec miroir inférieur témoin d'un syndrome coronarien aigu ST+ antérieur étendu. Le patient est donc thrombolysé à h + 2, soit vers 12 h 00, avec 8000 UI de métalyse associé à un traitement par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) et aspirine.

Les conditions climatiques empêchant son transfert vers le centre de coronarographie dans le nord de l'île, le patient est transféré vers les urgences les plus proches, à l'hôpital de Saint-Pierre. Durant le transport, il a un épisode de fibrillation ventriculaire choquée à 200 J, ce qui permet de récupérer un rythme sinusal. À son arrivée en salle de déchoquage, l'échographie transthoracique (ETT) révèle une fréquence d'éjection du ventricule gauche à 25 %, avec une akinésie des 5 segments apicaux et une hypokinésie antéromoyenne et septomoyenne. Le patient est ensuite transféré en réanimation où un traitement par dobutamine est instauré devant une dégradation hémodynamique. Le bilan biologique d'arrivée retrouve : une troponine T à 0,291 ng/mL (normale inférieure à 0,014 ng/mL) qui augmentera jusqu'à 9,5 ng/mL avant son transfert en coronarographie et à 32 ng/mL à son maximum. La coronarographie réalisée le 03/01 retrouve une lésion mono-tronculaire de l'artère IVA proximale. Mr L. bénéficie d'une angioplastie par thrombectomie et implantation d'un stent actif sans pré-dilatation permettant de retrouver un flux normal (TIMI 3) (Fig. 1).

Devant cette chronologie, nous évoquons l'hypothèse d'un syndrome de Kounis chez ce patient.

Discussion

Le syndrome de Kounis se décline en 3 types [1].

Le type 1 (spasme coronaire) pourrait représenter une manifestation de dysfonction endothéliale ou d'angor microvasculaire. Il concerne des patients aux artères coronaires saines, sans facteur de risque cardiovasculaire. Un relargage aigu de médiateurs inflammatoires pourrait provoquer, soit un spasme coronaire sans augmentation des enzymes cardiaques, soit un spasme coronaire persistant évoluant vers

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8720083

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8720083

Daneshyari.com