

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 13 août 2019

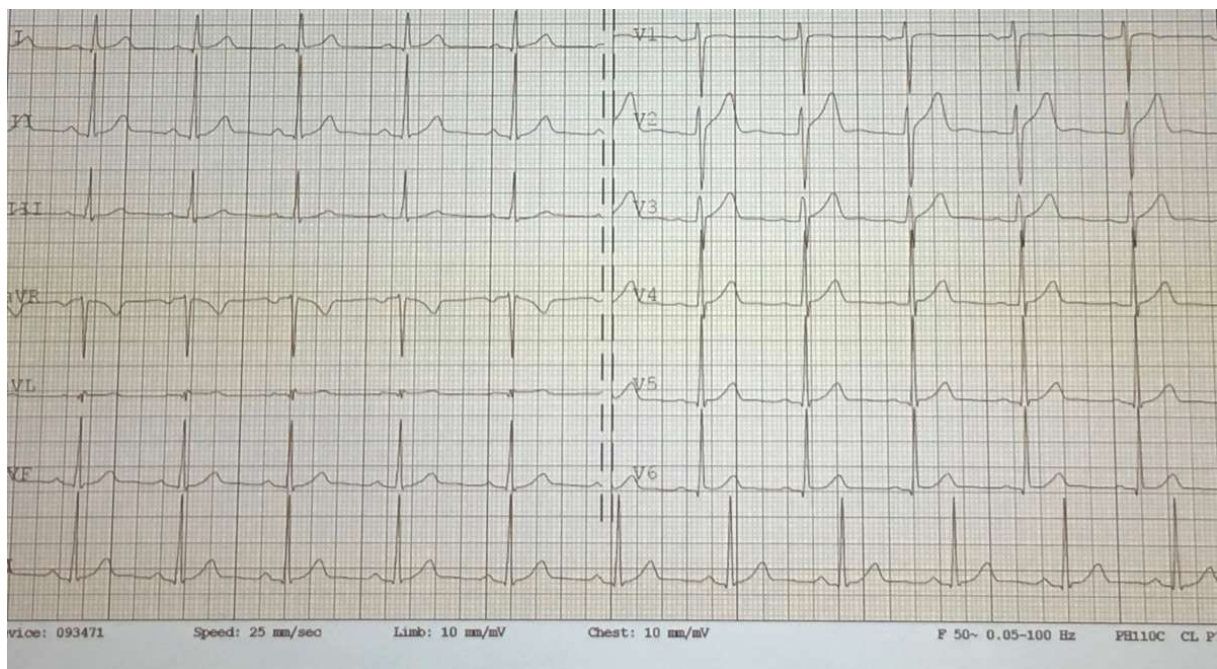
Hôpital cantonal de Genève

Cas cliniques de cardiologie

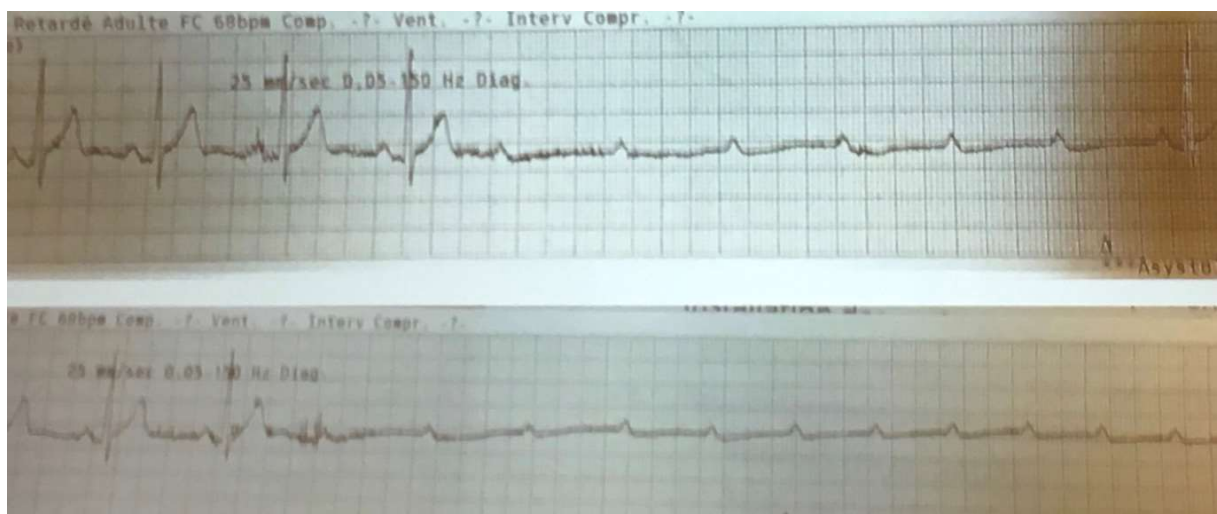
Dr Minetto / Dr Silva dos Santos

- 1) Un homme de 32 ans « épileptique » connu, sous Lamictal et Dépakine, vient de faire 3 crises dans l'après-midi... en réalité a fait 3 pertes de connaissance courtes (15 sec), sans perte d'urine ni morsure de langue, ni phase post-critique.

L'ECG à l'entrée est normal :



Pendant la crise aux urgences, le scope montre des images plutôt inquiétantes...



...soit celle d'un bloc AV complet.

A l'époque, le diagnostic d'épilepsie avait été posé sur la base d'un EEG montrant des éléments pathologiques aspécifiques et une imagerie avec prise de contraste de la substance blanche multiples et aspécifiques (?). Jamais de crises enregistrées à l'EEG, mais réduction des crises sous traitement.

Le BAV complet paroxystique est décrit en 1933. C'est une modification soudaine de la conduction atrio-ventriculaire avec BAV du 3e degré transitoire et asystolie ventriculaire.

Sa prévalence est difficile à estimer du fait de la difficulté diagnostique.

Nécessaire souvent d'utiliser un ILR (implantable loop recorder type REVEAL).



On retrouve un BAV chez 25% des syncopes idiopathiques chez les patients avec un bloc de branche porteur d'un ILR.

Il y a les BAV paroxystiques intrinsèques (anomalie de conduction présente à l'ECG), extrinsèque (médiée par système parasymphatique vagal), idiopathique (mécanisme pas clair mais pas de progression vers BAV complet).

Les différentes investigations cardio : US, IRM et PET-CT ne montrent rien de particulier, pas de foyer hypermétabolique, ni d'arguments pour une sarcoïdose.

Tous les examens de labo sont normaux, en particulier Lyme et maladie de Chagas négatifs.

L'étiologie vagale paraît peu probable vu la stabilité de l'intervalle P-P avant la crise, et la stabilité de l'intervalle PR.

On se trouve donc probablement devant un BAV paroxystique idiopathique (30% des BAV paroxystiques, et 8% des syncopes inexplicables).

Pour la physiopathologie, on parle d'une hyper-affinité à l'adénosine car ces patients ont un taux d'adénosine plus faible que les contrôles, et leur réponse est accrue avec asystolie lors d'un test à l'adénosine.

Notre patient bénéficie d'un pacemaker bicaméral en février 2019.

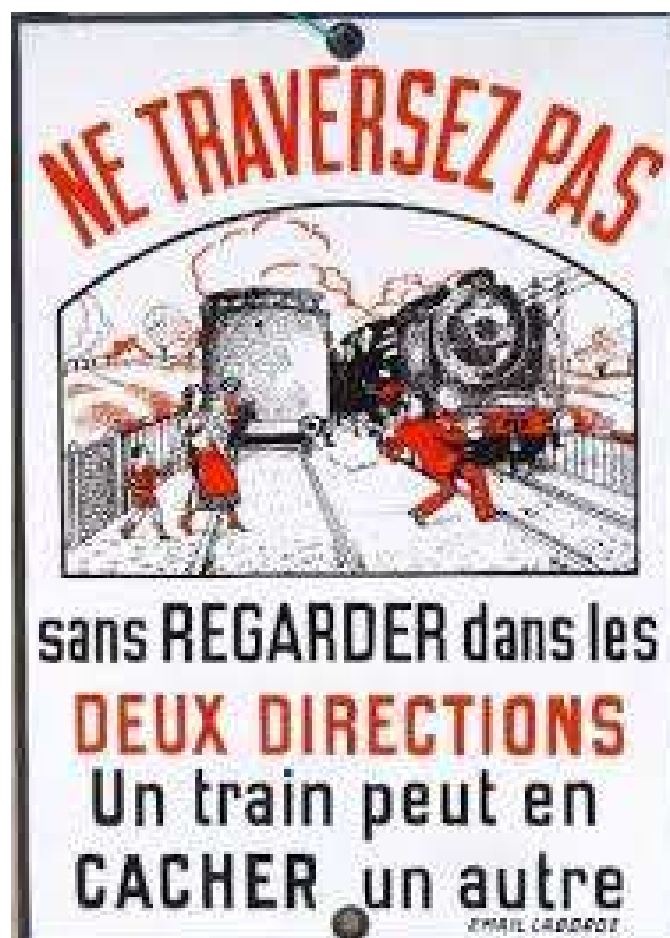
Transféré en neurologie, on décide de le sevrer de son traitement antiépileptique, en retenant le diagnostic de malaises stéréotypés sur BAV complet paroxystique.

On retiendra que le BAV paroxystique complet existe sans anomalie cardiaque structurale ni anomalie de l'ECG de base.

Il doit être évoqué lors de syncopes inexplicables.

Un ILR type REVEAL peut le détecter.

Attention... un train peut en cacher un autre...



- 2) Un homme de 62 ans dyspnéique, suivi en pneumologie depuis 2013, présente au CT thoracique en juillet 2018, un épanchement péricardique circonférentiel de 26 mm avec des adénopathies hilaires bilatérales.

Sa dyspnée s'aggrave (stade III NYHA) en août 2018.

Stades évolutifs de l'IC

❖ Classification de la NYHA

Stade I	Asymptomatique, pas de limitation de l'activité physique
Stade II	Asymptomatique au repos, dyspnée modérée pour les efforts importants
Stade III	Symptômes minimes au repos, dyspnée pour les efforts de la vie quotidienne
Stade IV	Dyspnée de repos s'aggravant au moindre effort

En septembre, envoyé pour ponction d'un épanchement pleural aux HUGs, il présente des signes de décompensation cardiaque globale, avec turgescence jugulaire, reflux hépato jugulaire (RHJ), oedèmes des membres inférieurs (OMI) prenant le godet, une hypoventilation de la base D, et des râles crépitants à la base G. Le NT pro BNP n'est que modérément élevé à 621 ng/l.

Le CT confirme l'épanchement péricardique circonférentiel (max 4mm), l'épanchement pleural D, et l'absence d'embolies pulmonaires.

L'échocardiographie montre une fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) conservée, un profil de remplissage restrictif, une variation respiratoire augmentée au flux trans-mitral, un déplacement postérieur du septum vers le VG en début de diastole, à l'inspiration, et une veine cave inf. dilatée avec absence de variation respiratoire... signes d'une péricardite constrictive...

La ponction pleurale est un exsudat macrophagique, avec Gram, BAAR (recherche de bacilles acido-alcool résistants), Mycobacterium TBC et cytologies négatives.

Le bilan immunologique, infectiologique et néoplasique revient négatif.

Un traitement diurétique, colchicine (pdt 3 mois) et AINS (pdt 1 mois) est introduit.

L'évolution est défavorable...

Une coronarographie montre des lésions tritronculaires de 70-90% (1^{ère} diagonale, art. circonflexe prox., et art. circonflexe distale, lésion interméd., lésion intermed. de la coron. drte distale).

Le débit cardiaque est abaissé à 3.6 l/' soit 78% du théorique.

Il y a une HTAP post capillaire discrète (PAP 26 mmHg, WEDGE 20 mmHg).

Le HEART Team décide d'une péricardectomie antéro-latérale bilatérale et inférieure extensive, suivie d'une réadaptation à la Clinique Joli-Mont.

Retransfert aux HUGs le 18.12.18 pour drainage d'un épanchement pleural G.

Hospitalisé aux SI pour état fébrile et dyspnée, avec péjoration stade IV NYHA et douleurs rétro-sternales. Le NT pro BNP est cette fois à 9300 ng/l, de plus cytolysé et cholestase avec altération de la crase...

Un cathétérisme droit et gauche montre une HTAP post capillaire discrète, un débit cardiaque à la limite inférieure, et des signes en faveur de la persistance d'une péricardite constrictive résiduelle.

Le 15.1.2019, thoracotomie avec drainage de l'épanchement et péricardectomie du péricarde résiduel en regard du ventricule gauche.

La péricardite constrictive chronique est une altération fibrinocalcique du péricarde formant une coque rigide autour du cœur. C'est la complication d'une péricardite aiguë ou récurrente.

Le risque de progression est faible lors d'étiologie virale ou idiopathique (1%) ; il est intermédiaire (2-5%) lors de péricardite médiée par le système immunitaire ; il est haut (20-30%) lors de péricardite bactérienne ou tuberculeuse.

Les autres causes sont : post chir. cardiaque, post radiothérapie thoracique (Ca sein/poumon), post traumatique, néoplasie péricardique, sarcoïdose.

Le traitement est anti-inflammatoire + diurétiques.

La péricardectomie est la seule option thérapeutique définitive, mais son taux de mortalité est compris entre 4.4 et 11%... Le pronostic est moins bon chez la femme.

On se souviendra que rarement une décompensation cardiaque peut-être due à une péricardite constrictive. Que le diagnostic nécessite écho et cathétérisme... et que le traitement est chirurgical...



“OK, the old one’s in my right hand,
the donor’s in my left. Right?”

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch