



Cas clinique

La Cardiomyopathie de stress ou syndrome de tako-tsubo : complication postopératoire particulière

Stress Cardiomyopathy or tako-tsubo syndrome: special postoperative complication

T Elabbassi*^{1,2}, A Moufakkir¹, A Majd¹, MR Lefriyekh^{1,2}

Résumé

Le syndrome de tako-tsubo ou cardiomyopathie de stress est une lésion myocardique réversible mimant un syndrome coronarien aigu sans lésion coronaire significative. C'est une forme rapide et transitoire d'une défaillance cardiaque déclenchée par un événement stressant d'où l'appellation aussi le syndrome du cœur brisé. L'incidence est beaucoup plus élevée chez la femme en période post ménopausique sous stress intense. Cliniquement touche des patients présentant des douleurs thoraciques associées à une élévation initiale du segment ST à l'électrocardiogramme (ECG) ainsi qu'une augmentation des enzymes cardiaques compatibles avec un infarctus du myocarde, cependant on marque l'absence de la sténose coronarienne à l'angiographie. Le ballonnement apical du ventricule gauche au temps systolique reste l'aspect caractéristique à l'échocardiogramme.

Son évolution est généralement favorable mais des complications graves peuvent survenir.

Notre patiente est une femme ménopausée, multi opérée, qui a présenté le syndrome de tako-tsubo dans les suites post opératoires d'une chirurgie pour kyste hydatique du foie.

Mots-clés cardiomyopathie de stress, le syndrome de tako-tsubo, ballonnement apical du ventricule gauche, électrocardiogramme.

Abstract

Tako-tsubo syndrome or stress cardiomyopathy is a reversible myocardial lesion mimicking an acute coronary syndrome without significant coronary lesions. It is a fast and transient form of heart failure triggered by a stressful event, hence the name broken heart syndrome. The incidence is much higher in postmenopausal women under intense stress. Clinically affects patients with chest pain associated with an initial ST segment elevation on the electrocardiogram and an increase in cardiac enzymes consistent with a myocardial infarction. However, coronary stenosis is absent on an angiogram. Apical ballooning of the left ventricle at systolic time remains the characteristic aspect on the echocardiogram.

Its evolution is generally favourable but serious complications can occur. Our patient is a postmenopausal woman and multi operated, who presented the tako-tsubo syndrome in the postoperative follow-up of surgery for hydatid cyst of the liver.

Keywords stress cardiomyopathy, tako-tsubo syndrome, apical ballooning of the left ventricle, electrocardiogram.

Introduction

Le syndrome de tako-tsubo, également connu sous le nom de cardiomyopathie de stress, décrit comme une lésion myocardique aiguë réversible caractérisée par un dysfonctionnement ventriculaire gauche systolique régional transitoire.

Cette cardiomyopathie est rare mais non exceptionnel, sa prévalence est faible dans la population générale mais son incidence représente de 1,7 à 2,2 % des syndromes coronariens aigus (1). Le pronostic est souvent favorable sous traitement approprié en dehors des complications aiguës imprévisibles (2). Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 53 ans, sans antécédent de cardiopathie connu, qui a présenté une cardiomyopathie de stress post opératoire suite à une chirurgie pour une hydatidose hépatique .

Cas clinique

Il s'agissait d'une femme âgée de 53 ans, ménopausée, sans antécédents de cardiopathie connus, opérée pour lithiase vésiculaire il y a 24 ans, opérée à 2 reprises pour kyste hydatique du foie(KHF) il y a 10 ans, opérée pour kyste hydatique pulmonaire il y a 6 mois, admettait pour une prise en charge d'une récurrence de KHF.

L'examen clinique trouvait une patiente en très bon état général normo tendue, eupnéique et apyrétique avec conjonctives normo colorées, l'auscultation cardiaque n'a pas montré d'anomalie et son ECG initial n'a pas objectivé de particularité.

L'échographie et la TDM abdominale ont montré un gros kyste hydatique à cheval entre le segment VII et VIII du foie. Son bilan biologique pré anesthésique était normal.

La patiente fut opérée par laparotomie sous costale droite, et une résection du dôme saillant du kyste avec drainage de la cavité résiduelle ont été réalisés.

Au premier jour post-opératoire, la patiente présentait une douleur thoracique retro sternale, une dyspnée, une tachycardie à 125-135 battements/min voire une tension artérielle à 90 /50 mmHg.

Le taux de troponine était élevé à 4612 ng/l, avec la valeur des D-Dimères élevée à 4.60 mg/L.

Un ECG trouvait une tachycardie sinusale avec un sus décalage du segment ST en apico-latéral avec onde T négatif (figure 1).

L'échocardiographie trans-thoracique objectivait une hypokinésie médio-apicale du ventricule gauche avec la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) diminuée à 55% (figure 2).

Une Coronarographie a été faite, ne révélait aucune obstruction significative (figure 3).

La patiente a été mise sous traitement médical à base de l'acide salicylique à une dose anti-agrégante, un bêtabloquant, et un inhibiteur d'enzyme de conversion.

L'évolution après 48h était favorable, avec régression des symptômes et décroissance des taux de troponines.

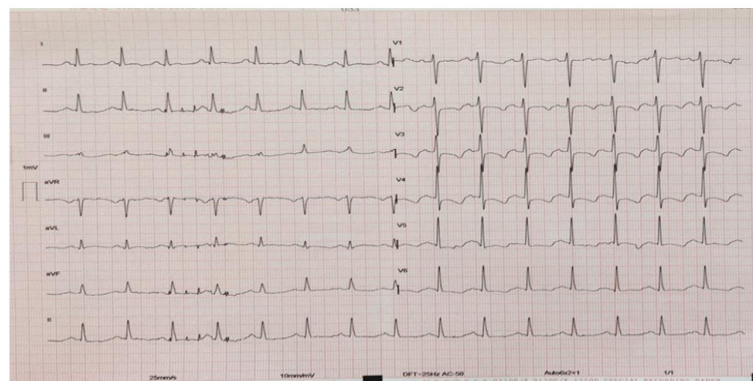


Figure 1 : ECG de la patiente à la phase aiguë montrait un sus décalage du segment ST avec onde T négatif.

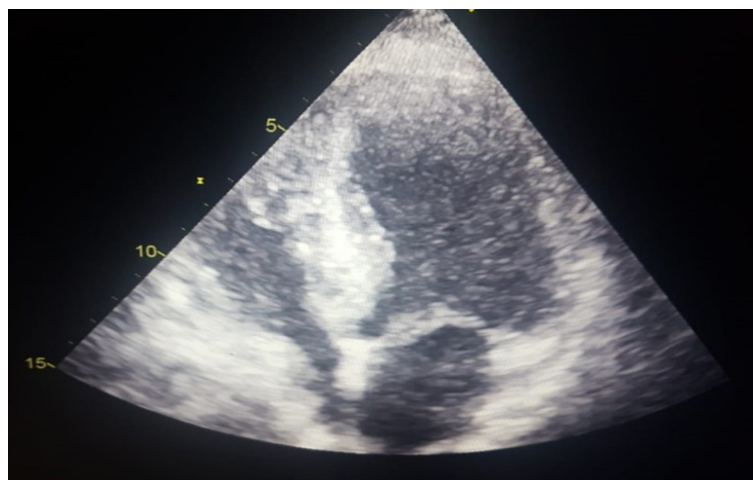


Figure 2 : Echocardiographie montrait une hypokinésie médio-apicale et hyperkinésie basale compensatrice du ventricule gauche



Figure 3 : Coronarographie d'aspect normal

Discussion

Le syndrome de tako-tsubo ou la cardiomyopathie de stress ou le syndrome de ballonnement apical du ventricule gauche est une forme rapide et transitoire d'un dysfonctionnement systolique souvent lié à un événement stressant émotionnel ou physique intense, le plus souvent identifié dans les jours précédents (2). Touche la femme en âge post-ménopausique à 90 %, avec Sexe ratio à 9/1 (3-8).

Cliniquement les symptômes sont semblables à ceux d'un syndrome coronarien aigu (SCA), type précordialgies constrictives, dyspnée, palpitation, hypotension voir même un état de choc cardiogénique (4). L'examen clinique est souvent sans spécificité.

Les marqueurs cardiaques, en particulier la troponine, sont élevés dans 90 à 93 % des cas mais dans des proportions moindres que celles observées dans le SCA (9).

L'Electrocardiogramme objective des troubles de repolarisation à type de sus-décalage du ST ou de négativation des ondes T dans les dérivation précordiales et un allongement significatif de l'intervalle QT, qui se développe généralement 24 à 48 heures après l'apparition des symptômes (6), parfois une onde Q de nécrose antéro-septale, d'apparition et régression précoce.

L'échocardiographie trans-thoracique avec doppler est l'examen de choix, elle permet d'évoquer le diagnostic en mettant en évidence une altération parfois profonde de la fraction d'éjection du

ventricule gauche associée à une akinésie médio apicale et une hyperkinésie basale compensatrice (5-7). La coronarographie est normale dans 80-90 % des cas, parfois elle objective des lésions coronaires non significatives mais absence de spasmes coronariens. La ventriculographie montre un aspect typique, en systole, avec ballonnement apical du VG (10).

L'IRM cardiaque avec injection de gadolinium permet de faire le diagnostic différentiel entre syndrome de tako-tsubo et une atteinte ischémique par l'étude des volumes cardiaques, la fonction ventriculaire, la détection des complications des thromboses intracavitaires ainsi que les caractéristiques du myocarde, œdème et/ou nécrose (11).

Le syndrome de tako-tsubo est considéré bénin mais il peut avoir diverses complications, troubles du rythme supraventriculaires ou ventriculaires, formation de thrombus intraventriculaire, perforation du septum interventriculaire, œdème aigu pulmonaire, voire état de choc cardiogénique (2).

Aucun consensus concernant la prise en charge thérapeutique, le traitement initialement entrepris est similaire à celui du syndrome coronarien aigu à base d'antiagrégant plaquettaire, bêtabloquant associé ou non aux IEC et des anxiolytiques (13).

Le pronostic est bon avec un taux de guérison à 96%, la récupération complète des fonctions du ventricule gauche se fait en quelque jours à quelque semaines (12).

Conclusion

Le syndrome de tako-tsubo est une cardiopathie rare dont l'incidence ne cesse d'augmenter chez les patientes âgées ayant subi un stress intense. La symptomatologie clinique est semblable à un infarctus de myocarde mais les investigations paracliniques tranchent entre les deux, ce qui réduit le recours à des thérapeutiques cardiaques de longue durée. L'évolution est souvent favorable sauf complications imprévisibles.

Contributions des auteurs :

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Taoufik Elabbassi

elabbassi.taoufik@gmail.com

Disponible en ligne : 9 Octobre 2020

1 : Service de Chirurgie Générale I, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

2 : Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc.

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Chazal HM de, Buono MGD, Keyser-Marcus L, Ma L, Moeller FG, Berrocal D, et al. Stress Cardiomyopathy Diagnosis and Treatment: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 16 oct 2018;72(16):1955-71.
- [2] VIJIIAC A, PLOSCARU V, VATASESCU R-G. The Great Myocardial Mimic – Takotsubo Syndrome. *Mædica*. Mars 2020; 15(1):111-21.
- [3] Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, Napp LC, Bataiosu DR, Jaguszewski M, et al. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *N Engl J Med*. 3 sept 2015; 373(10):929-38.
- [4] Akashi YJ, Goldstein DS, Barbaro G, Ueyama T. Takotsubo cardiomyopathy: a new form of acute, reversible heart failure. *Circulation*. 16 déc 2008; 118(25):2754-62
- [5] Kurisu S, Inoue I, Kawagoe T, Ishihara M, Shimatani Y, Nakamura S, et al. Time course of electrocardiographic changes in patients with tako-tsubo syndrome: comparison with acute myocardial infarction with minimal enzymatic

release. *Circ J off J Jpn Circ Soc*. janv 2004; 68(1):77-81.

- [6] Lyon AR, Bossone E, Schneider B, Sechtem U, Citro R, Underwood SR, et al. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a Position Statement from the Taskforce on Takotsubo Syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2016; 18(1):8-27.
- [7] Bhojraj S, Sheth S, Pahlajani D. Postoperative Takotsubo cardiomyopathy. *Ann Card Anaesth*. 4 janv 2014; 17(2):157.
- [8] Irwin R, Mamas M, El-Omar M. Apical ballooning syndrome following exercise treadmill testing. *Exp Clin Cardiol*. 2011; 16(2):57-61.
- [9] Kurisu S, Kihara Y. Clinical management of takotsubo cardiomyopathy. *Circ J off J Jpn Circ Soc*. 2014; 78(7):1559-66.
- [10] Nakamori S, Matsuoka K, Onishi K, Kurita T, Ichikawa Y, Nakajima H, et al. Prevalence and signal characteristics of late gadolinium enhancement on contrast-enhanced magnetic resonance imaging in patients with takotsubo cardiomyopathy. *Circ J off J Jpn Circ Soc*. 2012; 76(4):914-21.
- [11] Amin HZ, Amin LZ, Pradipta A. Takotsubo Cardiomyopathy: A Brief Review. *J Med Life*. 2020; 13(1):3-7.
- [12] Sattar Y, Siew KSW, Connerney M, Ullah W, Alraies MC. Management of Takotsubo Syndrome: A Comprehensive Review. *Cureus*. 3 janv 2020;12(1):6556.

Pour citer cet article :

T Elabbassi, A Moufakkir, A Majd, MR Lefriyekh. La Cardiomyopathie de stress ou syndrome de tako-tsubo : complication postopératoire particulière. *Jaccr Africa* 2020; 4(4): 61-64