

LES 3ème RDV DE
L'URGENCE

CAS CLINIQUE

31/01/08
SIMON Pauline
Interne SU HTP

I/ CAS CLINIQUE

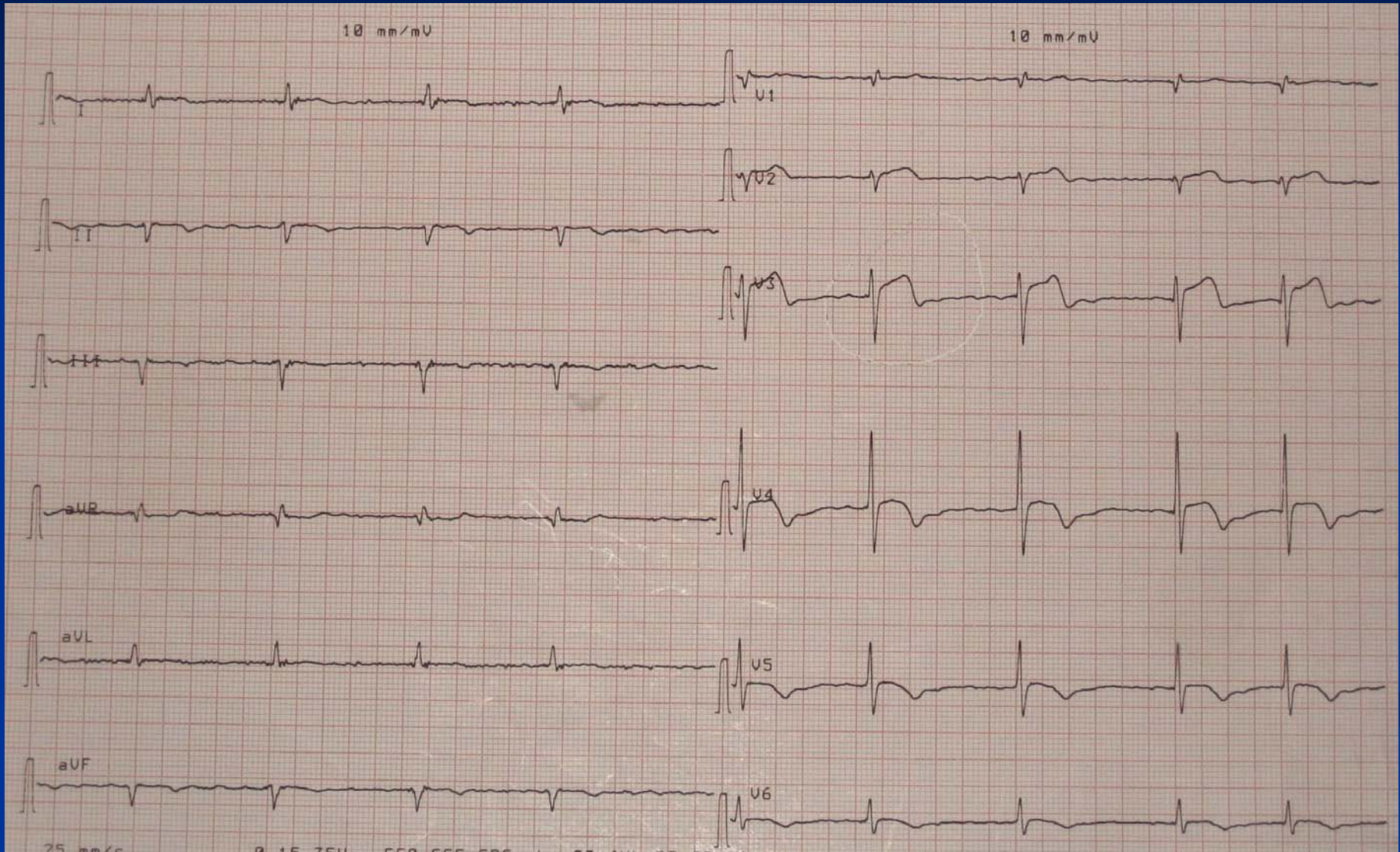
1. l'histoire

- HDM : Mr. S, 70 ans, se présente aux Urgences pour une douleur thoracique rétrosternale constrictive, sans irradiation, évoluant depuis 1H.
- ATCD : ACFA, néoplasme de la prostate
- Facteurs de risque : HTA, tabac 50 PA
- TTT : Préviscan, Loxen, Flécaïne, traitement hormonal.
- TA 147/83 mmHg sym, FC 60/min, FR 18/min, Sat 94%
BDC irréguliers, sans souffle cardiaque, ni carotidien,
pas de signe d'IC, pas de TVP.
ALS, pas de toux ni de dyspnée.
Reste sp.

I/ CAS CLINIQUE

2. ECG

Quelle est votre analyse?



I/ CAS CLINIQUE

3. bilan

- ECG : ACFA, HBAG, sus-décalage ST V2 a V4
- Test à la TNT : négatif
- Radio du thorax : sp
- Biologie :
 - troponine I 0,88 ng/mL puis 1,00 ng/mL a H+6
 - INR a 2,66

Quel est votre diagnostic?

SCA ST+ antéro-septal

I/ CAS CLINIQUE

4. coronarographie

- Angiographie : réseau coronaire angiographiquement sain.
- Ventriculographie G : akinésie apicale, hypokinésie antéro-latérale. FEVG altérée à 35%

Qu'est-ce que cela vous évoque?

Syndrome de Takotsubo

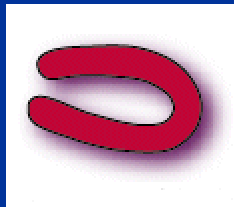
II/ TAKOTSUBO

1. définition

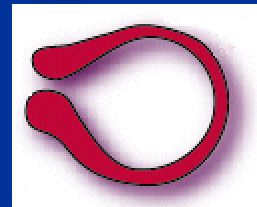


Synonyme de syndrome de ballonnisation apicale transitoire du VG

Dysfonction du VG,
se manifestant comme un SCA à coronaires saines.



Contraction normale du VG



Contraction du VG dans le syndrome du Takotsubo

II/ TAKOTSUBO

2. physiopathologie

1_ Inconnue

2_ Hypothèses

- Sidération catécholaminergique
(stress ++, hémorragies sous arachnoïdiennes, phéochromocytome, réa)
- Spasme transitoire
- Infarctus avorté, rupture ou fissuration de plaque

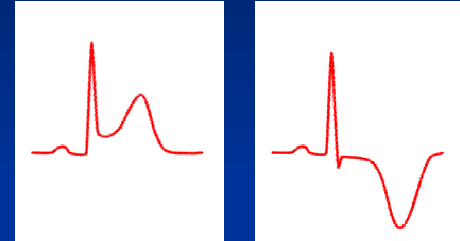
II/ TAKOTSUBO

3. diagnostic positif

Terrain : femme, >60ans, stress émotionnel intense

Clinique : douleur thoracique +/- typique

ECG : modifications de T et de ST



Marqueurs cardiaques : élévation modérée

Echo coeur :

ballonisation de l'apex du VG



Coronaro :
coronaires saines,
akinésie ant, apicale
et inférieure du VG

II/ TAKOTSUBO

4. évolution

- Favorable avec récupération de la FEVG
- 3 a 4 % de Complications :
 choc, rupture du VG, décès
- Risque de récives

5. traitement

Pas de traitement spécifique

Morale de l'histoire:

Toute douleur thoracique avec ST+ n'est pas obligatoirement un IDM.

Mais en raison de la morbi-mortalité de ce dernier, on se doit de l'évoquer et de l'éliminer en premier.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

DES QUESTIONS???