

Dossier / Cas clinique

Une lente défaillance ventriculaire droite post-traumatique

Progressive post-traumatic right heart failure

B. Ritz^a
K. Bourdariat^a
J.-M. Coyault^a
B. Peycelon^b

^aDépartement de pathologie cardiovasculaire, centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc, 20, quai Claude-Bernard, 69007 Lyon, France
^bClinique de La Sauvegarde, 480, avenue D.-Ben-Gourion, CP 309, 69337 Lyon cedex 09, France

Disponible en ligne sur ScienceDirect le 11 décembre 2015



B. Ritz

A 47ans, Monsieur A., lors d'un accident de circulation, au volant de son véhicule, subit un violent choc frontal. En arrêt cardio-circulatoire, il est réanimé sur place par l'équipe du Samu, puis est hospitalisé mais reste comateux durant 8 jours. Le bilan des lésions, alors effectué, met en évidence de multiples fractures, dont un volet thoracique antérieur et un hémithorax, lié à une rupture de la veine azygos ; l'échographie cardiaque relève une sidération myocardique et un épanchement péricardique.

Au terme de 3 mois de soins hospitaliers, le patient peut regagner son domicile et reprendre une vie autonome, active. Un souffle d'insuffisance tricuspidiennne (IT) est signalé comme unique séquelle cardiaque. Le patient éprouve une légère dyspnée lors des efforts, mais n'est pas contraint à limiter son activité usuelle et n'est pas traité.

À 48 ans, 1 an plus tard, un bilan d'évaluation de cette IT par échovélocimétrie cardiaque, conclut à une fuite modérée, liée à un prolapsus du feuillet septal, par possible (probable) rupture de cordage, avec aspect de légère dilatation des cavités droites et cinétique septale semi-paradoxe, sans élévation des pressions pulmonaires. La fraction d'éjection ventriculaire gauche est normale (0,60) (Fig. 1).

Un cathétérisme cardiaque confirme le niveau physiologique des pressions des cavités droites et de l'artère pulmonaire et le contrôle angiographique systématique (effectué au titre de bilan pré opératoire éventuel) des artères coronaires est normal. Aucun traitement n'est prescrit. L'option de surveillance est adoptée.

À 51 ans, 3 ans plus tard, la mise en évidence d'une hypertension artérielle systémique systolo-diastolique conduit à mettre en œuvre un traitement (Benazépril) antihypertenseur. La

gène fonctionnelle (dyspnée d'effort modérée) est jugée stable.

Les contrôles annuels itératifs montrent la stabilité de l'insuffisance tricuspidiennne et de son retentissement sur les cavités droites pendant plus de 15 ans.

À 66 ans, 19 ans plus tard, le patient se plaint d'une gêne plus importante au cours des efforts, sans douleur précordiale, et l'échographie montre une dilatation plus marquée des cavités droites, sans dysfonction ventriculaire, sans hypertension artérielle pulmonaire. La fraction d'éjection ventriculaire gauche est normale.

Une épreuve ergométrique, maximale pour une charge de 200 Watts, est jugée normale sur le plan clinique et électrique (Fig. 2).

La décision de corriger l'insuffisance tricuspidiennne est prise.

Le bilan préopératoire montre qu'existe une sténose coronaire monotronculaire très serrée, localisée, de l'artère circonflexe proximale : cette sténose est dilatée et une endoprothèse active est mise en place.

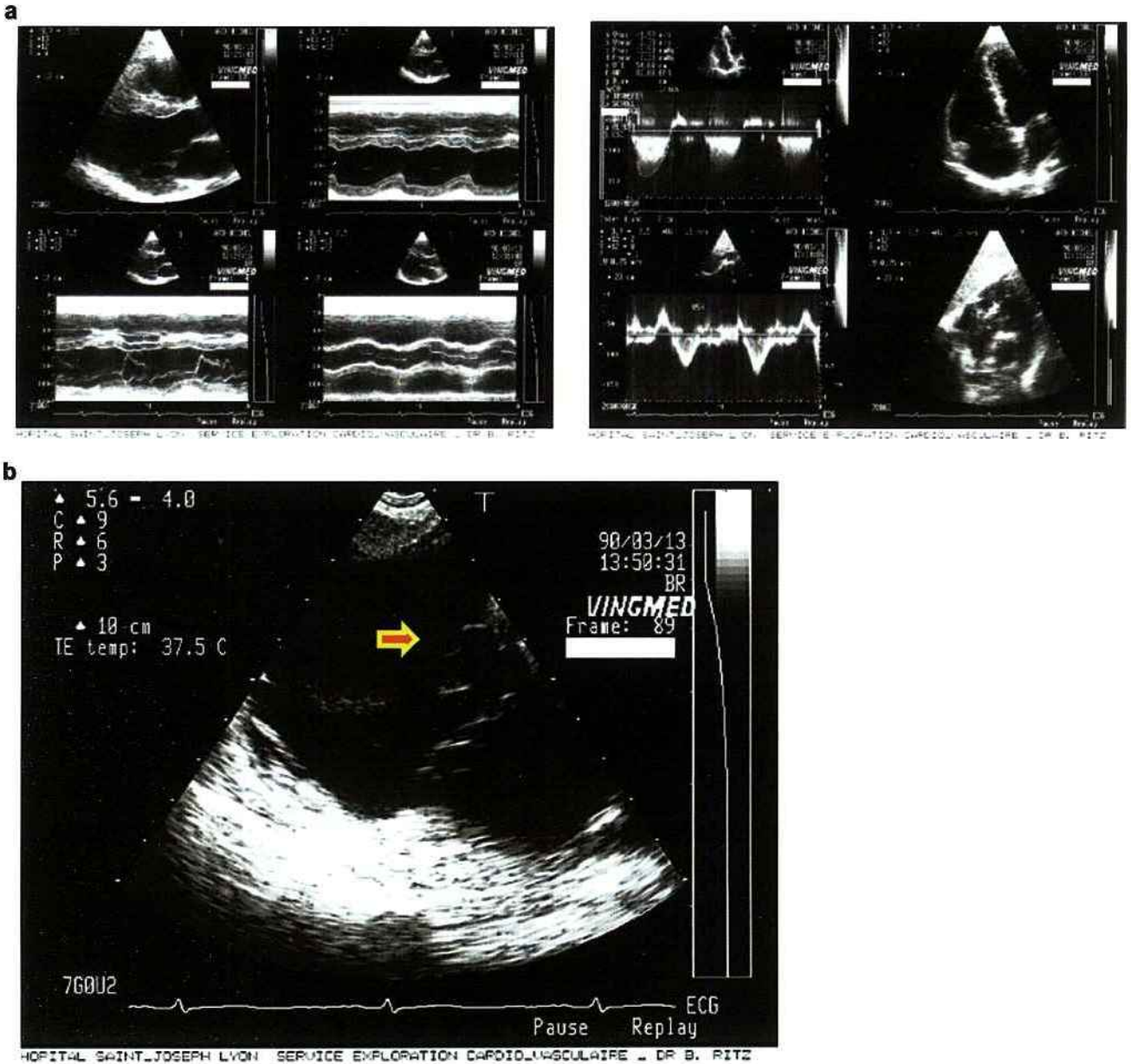
Le traitement est complété par antiagrégant plaquettaire, bêtabloquant et statine.

L'intervention est différée et la gêne fonctionnelle ressentie lors des efforts régresse.

À 70 ans, 23 ans plus tard (4 ans après l'angioplastie coronaire), un nouveau contrôle échographique montre une franche progression de la surcharge volumétrique des cavités droites, très dilatées, avec inversion du rapport des diamètres atrio-ventriculaires en incidence apicale 4 cavités (le diamètre de l'anneau tricuspidiennne est mesuré à 50 mm) et un aplatissement de la courbure septale dont la cinétique semi-paradoxe ne varie pas. Cependant, il n'y a pas de dysfonction contractile du ventricule droit (le TAPSE est mesuré à 23 mm ; l'onde s' du Doppler

Auteur correspondant :

B. Ritz,
département de pathologie cardiovasculaire, centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc, 20, quai Claude-Bernard, 69007 Lyon, France.
Adresse e-mail :
britz@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr



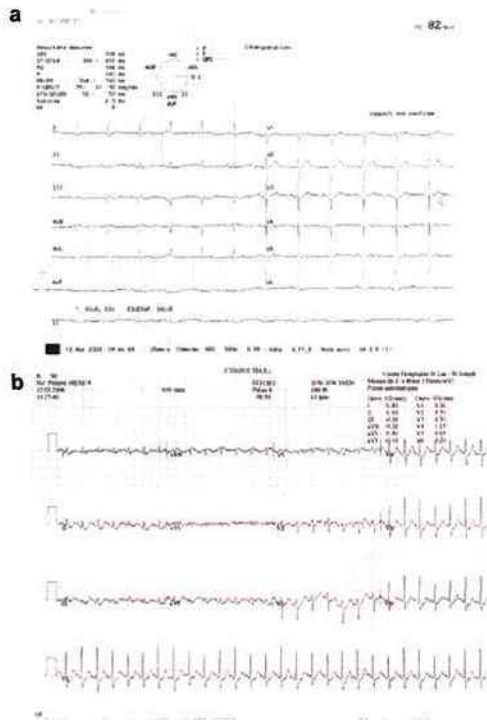


Figure 2. a : ECG de repos ; b : ECG d'effort.

tissulaire de la paroi latérale droite est supérieure à 14 cm/s et la FEVD est évaluée à 0,52), évaluation concordante avec celle de l'IRM (Fig. 3 et 4). Le TACC pulmonaire est normal. Les pressions pulmonaires sont normales. La FEVG est normale (0,60). Le contrôle coronarographique est normal.

À 71 ans, 24 ans après la rupture traumatique des cordages tricuspidiens de premier ordre du feuillet septal, le patient est opéré et bénéficie d'une plastie tricuspiddienne avec :

- implantation de néocordages en Goretex sur le bord libre du feuillet septal ;
- mise en place d'anneau de réduction Simplic-T ;
- réduction homothétique de l'anneau ;

Le résultat initial est considéré comme excellent, sans fuite résiduelle. Les suites opératoires sont simples.

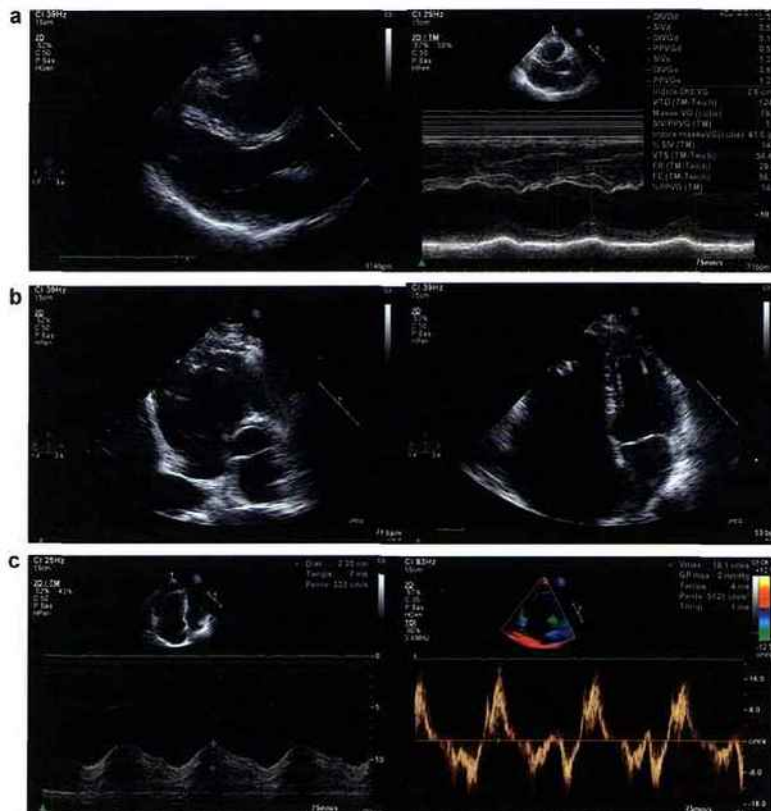


Figure 3. Échographie transthoracique : a : grand axe parasternal gauche : 2D et TM ; b : petit axe parasternal gauche et vue apicale 4 cavités ; c : vue apicale 4 cavités : TAPSE et DTI paroi latérale VD.

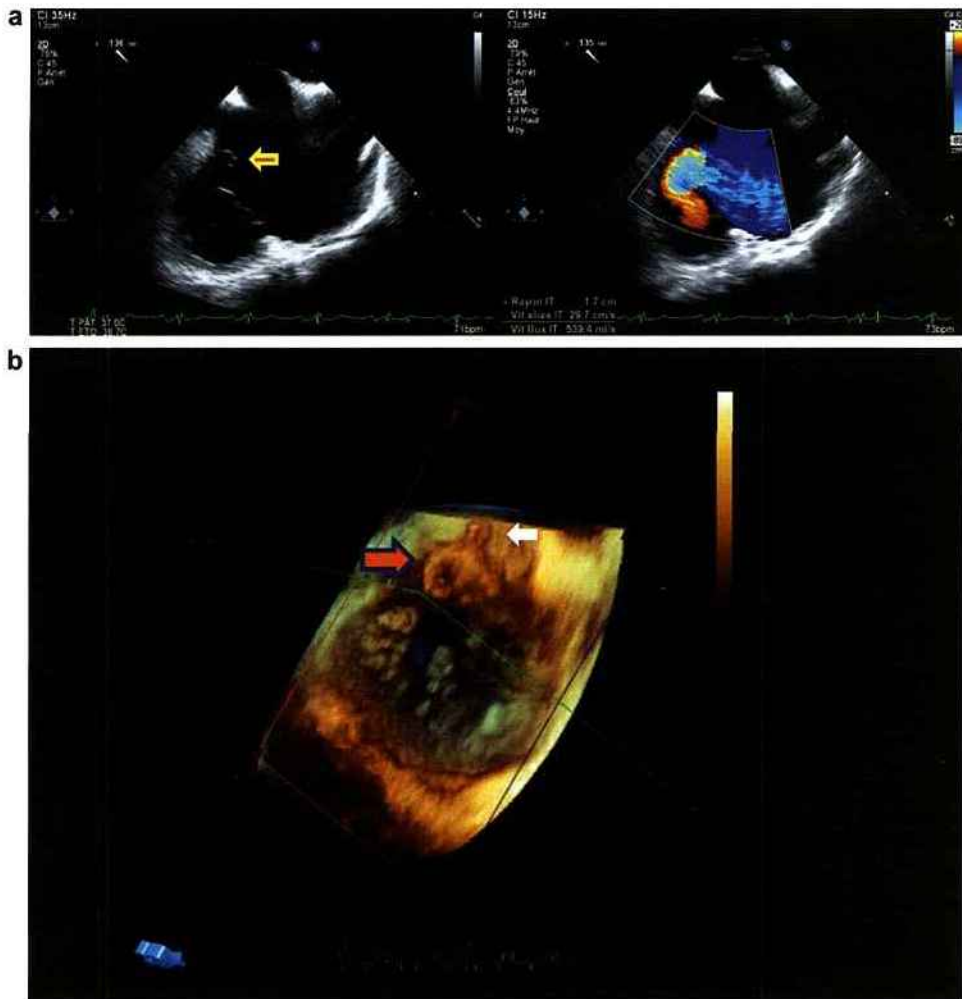


Figure 4. a : échographie transœsophagienne en 2D ; b : échographie transœsophagienne en 3D, prolapsus du feuillet septal tricuspideen (flèche rouge) et rupture de cordages (flèche blanche).

CONCLUSION

Cette observation confirme la remarquable tolérance du ventricule droit, « chambre de compli-ance » pour les hémodynamiciens, à une surcharge volumétrique isolée (à pression normale).

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.