Complication rare du syndrome coronarien aigu

Survenue d'un pseudo-anévrysme ventriculaire gauche

Benoit A (1), Davin L (2), Bruyère PJ (3), Lancellotti P (4), D'Orio V (5)

Résumé : Nous rapportons un cas de pseudo-anévrysme ventriculaire gauche et nous en profitons pour réaliser une brève revue de la littérature concernant les étiologies, le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie, en insistant sur certaines différences avec le vrai anévrysme.

Mots-clés : ***Syndrome coronarien aigu - Rupture myocardique - Pseudo-anévrysme***

A rare complication of acute coronary syndrome : left ventricular pseudo-aneurysm

Summary : We report a case of left ventricular pseudo-aneurysm and we take the opportunity to briefly review the literature concerning etiologies, diagnosis and management of this pathology, emphasizing some differences with the true aneurysm.

Keywords : ***Acute coronary syndrome - Myocardial rupture - Pseudo-aneurysm***

Introduction

Avec le développement de la cardiologie interventionnelle (1), la survenue d'anévrysmes et de pseudo-anévrysmes ventriculaires post-infarctus est devenue rare. Ces complications doivent, cependant, être bien connues du clinicien, notamment en raison de leurs évolutions différentes. Nous rapportons et illustrons ici un cas de pseudo-anévrysme ventriculaire gauche à la suite d'un syndrome coronarien aigu.

Histoire clinique

Un patient âgé de 63 ans est admis au service des Urgences dans un contexte de syndrome coronarien aigu de type STEMI au stade subaigu. La coronarographie met en évidence une occlusion de la première marginale de l'artère circonflexe qui fait l'objet d'une recanalisation avec mise en place d'un stent médicamenteux. L'artère interventriculaire antérieure bénéficie également d'une angioplastie avec la mise en place de deux stents. Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire, on note un tabagisme (16 paquets/année), une hypertension artérielle et un diabète de type 2. Le traitement est composé d'aspirine 80 mg, d'olmésartan 40 mg, de bisoprolol 5 mg, d'atorvastatine 40 mg et de metformine 850 mg. Dans ses antécédents, ce patient avait déjà été victime d'un infarctus au niveau de la paroi inférieure, lié à une occlusion de l'artère coronaire droite dans son segment moyen. L'échographie transthoracique (ETT) montre une hypokinésie sévère diffuse et l'apparition d'un épanchement péricardique circonférentiel de 5 mm. Un traitement par colchicine est instauré, et la double antiagrégation plaquettaire est maintenue (aspirine - ticagrelor).

Le patient présente, par la suite, des douleurs thoraciques persistantes, associées à une dyspnée. La résonance magnétique nucléaire (RMN) cardiaque réalisée démontre une séquelle d'infarctus de la paroi inférieure et une rupture myocardique au niveau de la paroi latérale du ventricule gauche (Figure 1, panels A et B). Un mois plus tard, il présente un tableau d'insuffisance cardiaque avec dyspnée de stade 3 selon la New York Heart Association. L'échographie démontre alors l'apparition d'un pseudo-anévrysme ventriculaire gauche au niveau de la paroi latérale et antéro-latérale confirmé par RMN (Figure 1, panels C et D).

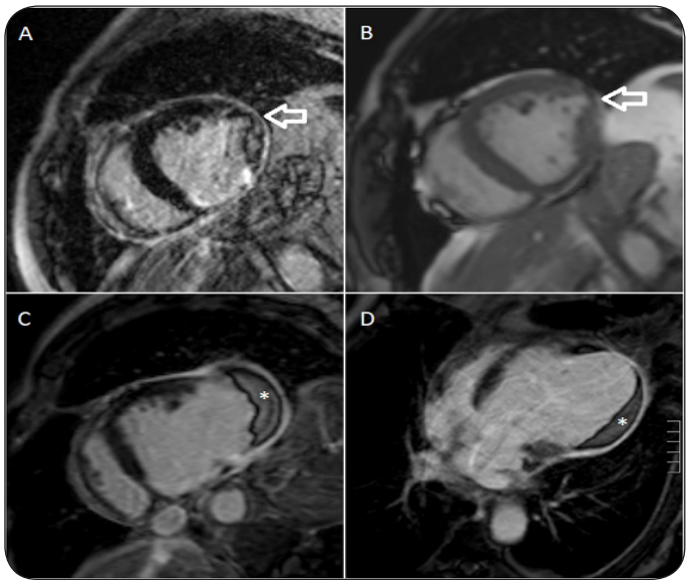
Une prise en charge chirurgicale est discutée mais réfutée car le risque opératoire est trop important, dû à une quantité de myocarde résiduelle après correction jugée insuffisante pour reconstruction. Un bilan pré-greffe cardiaque est réalisé permettant au patient d'être rapidement placé sur liste d'attente. Il sera transplanté trois mois plus tard avec succès.

Discussion

Le pseudo-anévrysme du ventricule gauche, ou «faux anévrysme», se développe lorsqu'une rupture du myocarde est contenue par le péricarde adhérent ou du tissu cicatriciel. Contrairement au vrai anévrysme, le pseudo-anévrysme

(1) Assistant, (2) Chef de Clinique, (4) Chef de Service, (5) Cardiologue, Service de Cardiologie, CHU Liège, Belgique.
(3) Radiologue, Service d'Imagerie médicale, CHU Liège, Belgique.

Figure 1.
A : Coupe petit axe avec rehaussement tardif, 10 minutes après l'injection intraveineuse de gadolinium (séquence PSIR), montrant la rupture myocardique au niveau de la paroi latérale (flèche) et la séquelle d'infarctus inférieure en hypersignal.
B : Coupe petit axe en séquence Truefisp montrant la rupture myocardique au niveau de la paroi latérale (flèche) et l'amincissement de la paroi inférieure, siège de la séquelle d'infarctus.
C : Coupe petite axe.
D : Coupe 4 cavités : rehaussement tardif (séquence PSIR) identifiant un volumineux pseudo-anévrysme de la paroi latérale et un important thrombus (*).



ne contient ni endocarde, ni tissu myocardique. Il apparaît sous la forme d'une poche expansive en systole, communiquant avec la cavité ventriculaire gauche par un collet étroit (2). Dans plus de 50 % des cas, il fait suite à un syndrome coronarien aigu. Cependant, il peut également être la conséquence d'une chirurgie cardiaque (le plus souvent valvulaire), d'un traumatisme thoracique ou d'une infection. Dans le cas d'un infarctus du myocarde, le pseudo-anévrysme se localise, le plus fréquemment, au niveau de la paroi inférieure ou postéro-latérale (2, 3). La douleur thoracique, la dyspnée, l'hypotension artérielle et d'autres symptômes de l'insuffisance cardiaque sont fréquents en cas de volumineux pseudo-anévrysme avec défaillance ventriculaire gauche. Des accidents emboliques ou des arythmies malignes peuvent aussi compliquer l'histoire clinique, mais ces phénomènes sont plus rares. Plus de 10 % des patients restent totalement asymptomatiques (2, 3).

L'échocardiographie conventionnelle peut manquer de sensibilité dans la détection du pseudo-anévrysme. L'angiographie possède une meilleure sensibilité, mais reste une technique invasive et irradiante. Le scanner permet d'obtenir une bonne définition spatiale et, notamment, une évaluation du rapport entre les artères coronaires et le pseudo-anévrysme, ce qui peut s'avérer utile en cas de sanction chirurgicale. Cependant, le scanner manque parfois de précision en termes de définition tissulaire et est irradiant, lui aussi. Dans ces conditions, la RMN est un outil séduisant dans cette indication (2, 4). Cette technique permet, à la fois, d'obtenir une information morphologique très précise, une évaluation de la cinétique régionale et globale, et une bonne caractérisation tissulaire, de manière non invasive et sans utiliser de rayonnements ionisants. Il est ainsi possible de différencier le tissu cicatriciel du myocarde ischémique mais non nécrosé, et de caractériser un éventuel thrombus. On peut également mettre en évidence une perte de continuité du myocarde, élément essentiel de différenciation entre le pseudo-anévrysme et le vrai anévrysme (4). Le rehaussement tardif après injection de produit de contraste (gadolinium) est un marqueur spécifique de l'étendue des lésions myocardiques. Bien que les deux types d'anévrysmes montrent un rehaussement tardif au gadolinium dans la paroi du sac anévrysmal, le signal de rehaussement du péricarde est plus fréquent dans les faux anévrysmes. Cela semble être dû à l'inflammation et à la fibrose du péricarde consécutives à l'afflux de sang dans l'espace péricardique (5).

En cas de pseudo-anévrysme, il faut en général intervenir plus rapidement qu'en cas d'anévrysme vrai, en raison d'un risque de rupture non négligeable estimé, au total, entre 30 et 40 % selon les études. Les ruptures surviennent principalement dans les premiers mois suivant le syndrome coronarien aigu (3, 6). Différentes options chirurgicales sont possibles, mais généralement grevées d'un haut risque opératoire (2). La plus courante consiste en la fermeture du défect par un patch de péricarde bovin, sous circulation extra-corporelle par sternotomie médiane. Ce geste peut être associé à une plastie mitrale en cas d'insuffisance ischémique ou à un pontage aorto-coronaire (7).

Conclusion

Le pseudo-anévrysme ventriculaire est une complication rare du syndrome coronarien aigu, mais peut aussi résulter d'autres étiologies. Le diagnostic est idéalement confirmé par RMN et la prise en charge doit être agressive au vu du risque élevé de rupture.

Bibliographie

1. Numéro Spécial RMLg.— L'odyssée de la cardiologie interventionnelle. *Rev Med Liege*, 2019, **74**, Suppl, 1-114.
2. Frances C, Romero A, Grady D.— Left ventricular pseudoaneurysm. *J Am Coll Cardiol*, 1998, **32**, 557-561.
3. Yeo T, Malouf J, Oh J, et al.— Clinical profile and outcome in 52 patients with cardiac pseudoaneurysm. *Ann Intern Med*, 1998, **128**, 299-305.
4. Heatlie G, Mohiaddin R.— Left ventricular aneurysm: comprehensive assessment of morphology, structure and thrombus using cardiovascular magnetic resonance. *Clin Radiol*, 2005, **60**, 687-692.
5. Gill S, Rakhit D, Ohri S, et al.— Left ventricular true and false aneurysms identified by cardiovascular magnetic resonance. *Br J Radiol*, 2011, **84**, 35-37.
6. Cho M, Mehta S, Matulevicius S, et al.— Differentiating true versus pseudo left ventricular aneurysm: a case report and review of diagnostic strategies. *Cardiol Rev*, 2006, **14**, 27-30.
7. Abdallah H, Farhat F, Jegaden O.— Pseudo-anévrysme du ventricule gauche post infarctus du myocarde, étiologie, diagnostic, prise en charge. *Cardiologie Cardinale*, 2011, **39**, 186-188.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr P. Lancellotti, Service de Cardiologie, CHU Liège, Belgique.

Email : plancellotti@chuliege.be