



Faux anévrisme du ventricule gauche et difficultés de prise en charge : à propos d'un cas.

Pseudoaneurysm of the left ventricle and difficulties of management through a case.

R M MIANDRISOA ^{(1)*}, N A RANDRIAMIHANGY ⁽¹⁾, M F V RAJAONARIVONY ⁽²⁾, S N RATSIMBAZAFY ⁽¹⁾, N RAMAMONJISOA ⁽²⁾, MAH-HOT ⁽³⁾, M L A RAVALISOA ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Service des Maladies Cardio-Vasculaires, Centre Hospitalier de Soavinandriana, 101 Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Unité des Chirurgies Générales et Digestives et des Pathologies Chirurgicales Infantiles, Centre Hospitalier de Soavinandriana, 101 Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Médecins du Monde, branche Madagascar

⁽⁴⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo, BP 375 Antananarivo Madagascar

Soumis le 17 janvier 2018
Accepté le 06 avril 2018
Disponible en ligne le 12 avril 2018

RESUME

Les faux anévrismes du ventricule gauche sont rares. Ils peuvent être spontanés ou acquis, apparaissant le plus souvent après un infarctus transmural du myocarde mais peuvent également suivre les opérations cardiaques, un traumatisme, une inflammation ou une infection. Nous rapportons le cas exceptionnel d'un faux anévrisme de la paroi latérale du ventricule gauche associé à un canal artériel persistant chez un enfant âgé de 6 ans posant un problème étiologique.

Mots clés : Faux anévrisme - Etiologie - Prise en charge - Ventricule gauche.

ABSTRACT

Pseudoaneurysms of the left ventricle are rare. They may be spontaneous or acquired; most often appear after transmural myocardial infarction but may also follow cardiac operations, trauma, inflammation or infection. We report the exceptional case of a pseudoaneurysm of the left ventricular lateral wall associated with a persistent ductus arteriosus in a 6-year-old child presenting an etiological problem.

Keywords: Pseudoaneurysm - Etiology - Management - Left ventricle.

INTRODUCTION

Les faux anévrismes du ventricule gauche (VG) se développent généralement lorsque la rupture cardiaque est contenue par des adhérences péricardiques préexistantes. Contrairement aux vrais anévrismes, ceux-ci ont un col étroit et sont dépourvus d'éléments du myocarde dans leurs murs, et sont très susceptibles de se rompre [1]. Les faux anévrismes ventriculaires gauches sont rares, leur survenue a été décrite pour la première fois en 1757 par John Hunter. Ils peuvent être spontanés ou acquis, et dans ce cas apparaissent le plus souvent après un infarctus transmural du myocarde mais peuvent également suivre les opérations cardiaques, un traumatisme, une inflammation ou une infection [2]. Nous rapportons le cas exceptionnel d'un faux anévrisme du ventricule gauche d'étiologie complexe chez une fillette de 6 ans dont la prise en charge s'avère difficile.

OBSERVATION

Il s'agit d'une petite fille âgée de 6 ans, issue d'une grossesse bien suivie à terme, sans antécédent pathologique particulier. En juillet 2012, elle a été admise en hospitalisation pour une suspicion de tuberculose avec altération de l'état général, amaigrissement, toux, fièvre, œdèmes des membres inférieurs et une dyspnée. L'examen clinique et l'échographie cardiaque en urgence ont mis en évidence un épanchement pleural et péricardique compliqué d'une tamponnade ayant nécessité un drainage en urgence. Après la confirmation d'une origine tuberculeuse par la culture sur mi-

lieu de Lowenstein-Jensen du liquide de ponction, l'enfant a bénéficié d'un traitement antituberculeux pendant 6 mois.

L'enfant présentait 6 mois plus tard, une douleur épigastrique avec dyspnée d'effort. L'auscultation cardiaque de l'époque avait retrouvé un souffle continu systolo-diastolique. Le tracé d'électrocardiogramme objectivait particulièrement une onde Q latérale. Une échographie cardiaque avec doppler avait découvert une persistance de canal artériel et un volumineux faux anévrisme de 35 mm de diamètre se développant aux dépens de la paroi latérale du ventricule gauche. Nous avons constaté une amélioration de l'état général après la mise en route d'un traitement par inhibiteur d'enzyme de conversion (IEC) et diurétiques (Captopril 25 mg/j et Furosemide 20 mg/j) pendant 6 mois, mais les dyspnées d'effort ont persisté. L'enfant a été évacué en juin 2014 à Paris par le Mécénat Chirurgie Cardiaque pour une ligature du canal artériel et résection du faux anévrisme.

Les résultats des imageries préopératoires ont confir-

Du Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. MIANDRISOA Rija Mikhael

Adresse : Service des Maladies Cardio-Vasculaires
Centre Hospitalier de Soavinandriana, Rue Dr Moss
101 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 05 006 87

E-mail : rija.miandrisoa1@gmail.com

mé le diagnostic du pseudo-anévrisme avec l'image d'un très volumineux faux anévrisme latéro VG avec un collet de 18 mm à l'échocardiographie (*cf.* Figure 1) et un anévrisme composé de 2 poches successives et communicantes : l'un en position latéro OG et l'autre en latéro VG ; une dilatation du VG (VG à 50 mm en télé-diastole) avec une fraction d'éjection du VG préservée (FEVG à 50%) et des pressions pulmonaires normales. Le cathétérisme cardiaque a montré une ectasie calcifiée du ventricule gauche avec coronaires normales, un canal artériel de type A2 en position normale à pressions pulmonaires subnormales. Le scanner cardiaque a confirmé l'absence de thrombose du sinus coronaire ainsi que l'absence d'un éventuel anévrisme correspondant au péricarde pariétal.

L'enfant a été opéré le 18 juin 2014. L'intervention était réalisée par sternotomie médiane, sous circulation extracorporelle (CEC). Elle consistait à une ligature du canal artériel et à la résection du faux anévrismal gauche suivi d'un remodelage myocardique par un patch endoventriculaire. L'étude histologique des fragments tissulaires prélevés conclue un tissu fibreux du faux anévrisme avec calcifications.

Les suites opératoires en service de réanimation étaient marquées par la présence d'un dysfonctionnement sévère du ventricule gauche avec akinésie segmentaire latérale et inféro latérale et une modification de l'ECG avec ondes Q profondes en latérale haut et bas (*cf.* Figure 2). La coronarographie effectuée au deuxième jour post opératoire montrait un infarctus latéral par section de la circonflexe per opératoire. L'échocardiographie de contrôle réalisée dans le service de cardiologie au dixième jour après la résection montre un ventricule gauche dilaté et une fraction d'éjection (FEVG) à 50% témoignant d'une hypokinésie latérale modérée et d'une dyskinésie des segments proximaux et latéro latéral, avec fuite mitrale modérée. L'enfant était sortie au douzième jour post opératoire ; sous traitement médical associant IEC, diurétique, bêtabloquant et anti-vitamine K. A 3 ans et demi de recul, elle ne présente aucun symptôme.

DISCUSSION

Les faux anévrismes du VG peuvent rester longtemps asymptomatiques ou réaliser un tableau de défaillance

cardiaque. L'échocardiographie-Doppler est l'examen de première intention [3]. Elle permet de poser le diagnostic de certitude et d'éliminer un vrai anévrisme. Contrairement aux anévrismes vrais, qui ont une paroi fibrosée résistante et un collet plus large, les pseudo anévrismes consistent initialement en un tissu lâche, un collet plus étroit [1, 4]. Notre cas présentait un collet plus étroit à 18 mm.

La pathologie anévrismale du VG est dans la majorité des cas d'origine ischémique. Elle se développe le plus souvent après un infarctus du myocarde transmural (55% dans des revues), mais représente aussi une complication rare de la chirurgie (33%), d'un traumatisme (7%), ou une infection (5%) [5]. Similairement à notre cas, les formes dites non coronaires ont été décrites chez le sujet jeune [3]. Les faux anévrismes du VG peuvent être secondaires à des pathologies infectieuses : endocardite bactérienne avec abcès (notamment abcès de l'anneau mitral), péricardite purulente et de septicémie [6]. Objectivement, l'anévrisme peut être aussi une complication rare de la persistance du canal artériel (PCA) dont le mécanisme étiopathogénique n'est pas encore parfaitement connu [2]. L'origine post-traumatique est due le plus souvent à un traumatisme ouvert mais des cas de survenue de faux anévrisme après un traumatisme fermé ont été décrits [7]. Une combinaison des facteurs infectieux et mécaniques est certainement responsable du développement tardif du faux anévrisme [4]. Un traumatisme par le drainage de l'épanchement péricardique tuberculeux est l'étiologie la plus probable du faux anévrisme de notre cas.

L'indication opératoire reste formelle en cas de diagnostic d'un faux anévrisme car le risque de rupture est important [8]. Les suites opératoires sont simples et de bon pronostic dans la plupart des cas [2, 3]. Cependant une section accidentelle de la circonflexe à l'origine d'un infarctus latéral avec dysfonction modérée du VG peut exister comme dans notre cas.

CONCLUSION

Notre cas clinique a montré la complexité étiologique et la difficulté de prise en charge d'un faux anévrisme du ventricule gauche associé à un canal artériel persistant. Les complications post chirurgicales sont

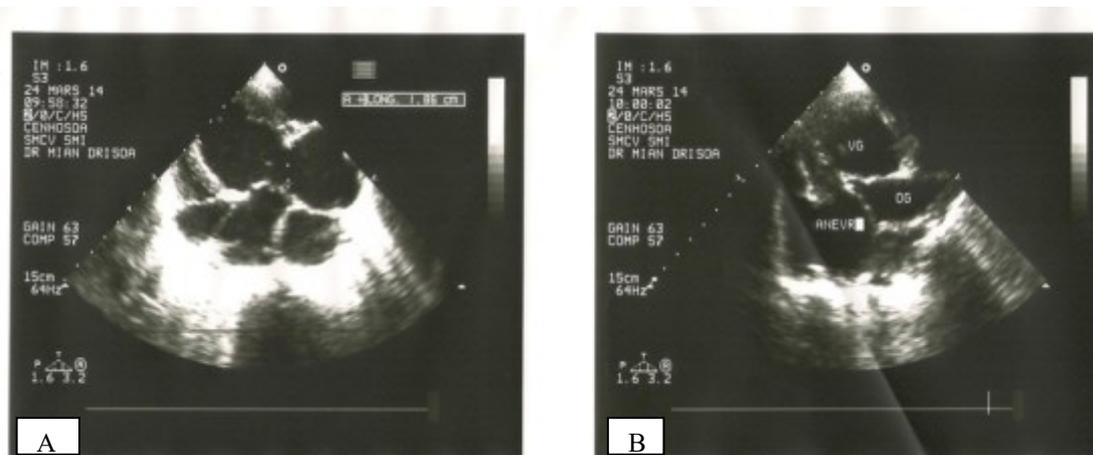


Figure 1 : Image montrant le faux-anévrisme du ventricule gauche (voie abdominale) (A: incidence des quatre cavités ; B: incidence para sternale, coupe grand axe).

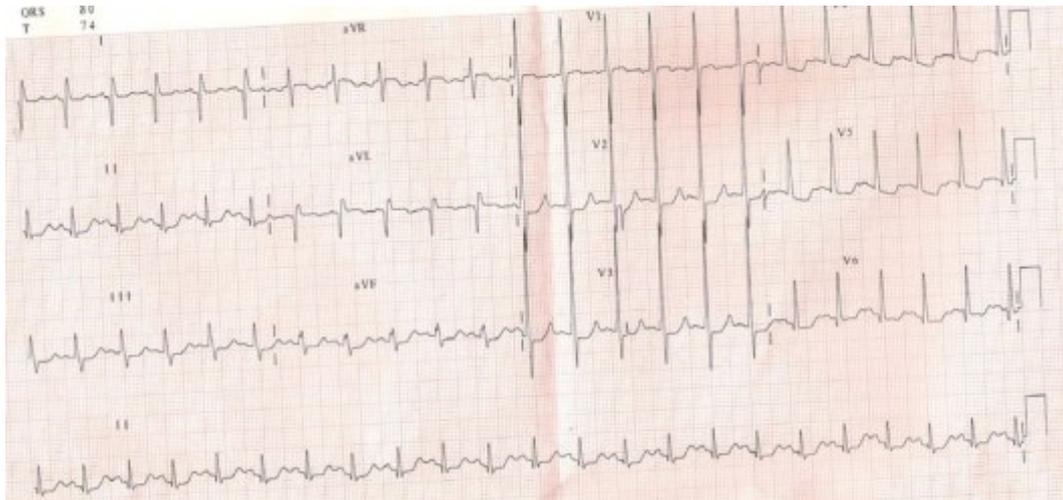


Figure 2 : ECG postopératoire de l'enfant montrant une onde Q en latéral haut, séquelle d'infarctus.

toujours à redouter malgré une faible morbidité. Toutefois, la réparation chirurgicale du pseudoanévrisme ventriculaire gauche peut être effectuée avec des résultats acceptables.

REFERENCES

1. Mackenzie JW, Lemole GM. Pseudoaneurysm of the left ventricle. *Tex Heart Inst J* 1994;21(4):296-301.
2. Chraïbi S, Beghetti M, El Hattouï M, et al. Faux anévrisme après ligature d'un canal artériel opéré avec succès. *Ann Cardiol Angeiol* 2003;52(3):188-90. DOI: 10.1016/S0003-3928(03)00058-1.
3. Ndiaye M B, Ba FG, Bodian M, et al. Faux anévrisme du ventricule gauche du sujet jeune : à propos de trois cas. *Ann Cardiol Angeiol* 2015;64(4):300-4. DOI: 10.1016/j.ancard.2013.04.018.
4. Prêtre R, Linka A, Jenni R, Turina MI. Surgical treatment of acquired left ventricular pseudoaneurysms. *Ann Thor Surg* 2000;70(2):553-7. DOI: 10.1016/S0003-4975(00)01412-0.
5. Frances C, Romero A, Grady D. Left ventricular pseudoaneurysm. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32(3):557-61.
6. Benouaich V, Marcheix B, Grunenwald E, et al. Complications tardives d'un faux anévrisme du ventricule gauche : infection du thrombus et péricardite purulente. *Ann Cardiol Angeiol* 2007;56(6):316-8. DOI: 10.1016/j.ancard.2007.09.007.
7. Ben Omrane S, Zribi H, Rjeb MA, Denguir R, Kalfat T, Khayati A. Faux anévrisme du ventricule gauche après un traumatisme fermé du thorax (à propos d'un cas). *Ann Cardiol Angeiol* 2008;57(4):231-3. DOI: 10.1016/j.ancard.2008.05.003.
8. Guihaire J, Verhoye JP, Flecher E, Leguerrier A. Faux-anévrismes du ventricule gauche après vidéothoroscopie : à propos d'un cas. *Chir Thorac Cardiovasc* 2009;13(3):120-3.