



Accident vasculaire cérébral ischémique révélant un thrombus sur anévrisme ventriculaire gauche : à propos de deux cas.

Ischemic stroke revealing a thrombosis on left ventricular aneurysm: about two cases.

M RAMBOLARIMANANA ^{(1)*}, H M S RANAIVOSON ⁽²⁾, V RAKOTONIRINASOA ⁽³⁾, S RAKOTOARIMANANA ^(3,4), N RABEARIVONY ^(1,4)

(1) Service de Cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

(2) Service de Cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar

(3) Unité de Soins Intensifs en Cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

(4) Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Soumis le 17 Mai 2022
Accepté le 28 Mars 2023

RESUME

L'anévrisme de la paroi inférieure du ventricule gauche est rare. Nous rapportons deux cas d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques cardio-emboliques sur thrombus intra-ventriculaire gauche secondaire à un anévrisme de la paroi inféro-latérale du ventricule gauche (VG) qui reste exceptionnelle dans sa démarche diagnostique.

Mots clés : Accident vasculaire cérébral; Anevrysme; Thrombose.

ABSTRACT

Left ventricular inferior wall aneurysm is rare. We report two cases of cardioembolic ischemic stroke on left ventricular thrombosis secondary to an aneurysm of the inferolateral wall of the left ventricular (LV), which remains exceptional in its diagnostic approach.

Keywords: Aneurysm; Stroke; Thrombosis.

INTRODUCTION

L'anévrisme du ventricule gauche est une protrusion de la paroi libre du ventricule gauche (VG) au cours de la systole et de la diastole avec akinésie ou dyskinésie de la zone protruse [1]. Il s'agit d'une complication rare des cardiopathies ischémiques. Il peut être à l'origine de différentes complications notamment thromboemboliques [2]. Nous rapportons deux cas d'anévrisme du ventricule gauche découverts à l'occasion d'un accident vasculaire cérébral ischémique.

OBSERVATION

Patient n°1 : Il s'agit d'un homme de 55 ans hospitalisé pour un syndrome déficitaire de l'hémicorps droit proportionnel, d'installation brutale avec trouble de la parole sans trouble de la conscience ni crise convulsive. Il était hypertendu grade III traité irrégulièrement, tabagique à 14 paquets-année. Il avait une hérédité d'hypertension artérielle des deux parents. L'examen physique avait retrouvé sur le plan neurologique un déficit sensitivomoteur à prédominance brachio-faciale de l'hémicorps droit avec une aphasie d'expression et sur le plan cardiovasculaire des râles crépitants des deux bases pulmonaires avec des œdèmes bilatéraux des deux membres inférieurs, symétriques, blancs, mous, indolores et prenant le godet. L'examen biologique objectivait une troponinémie élevée à 1874 pg/ml, un taux de « low Density Lipoprotein » (LDL)

cholestérol élevé à 1,6g/L et un taux de « brain natriuretic peptide » (BNP) élevé à 749 pg/ml. Le scanner cérébral sans injection de produit de contraste avait objectivé une hypodensité spontanée de la région pariétale gauche évoquant un AVC Ischémique superficiel de l'artère cérébrale moyenne. L'électrocardiogramme (ECG) avait mis en évidence des ondes Q de nécroses sur le territoire inférieur. L'écho-doppler cardiaque trans-thoracique avait constaté un anévrisme de la paroi inféro-latérale du ventricule gauche avec un thrombus mural de 45mm × 22mm de diamètre (figure 1). La fonction systolique ventriculaire gauche était altérée avec une fraction d'éjection du ventriculaire gauche (FEVG) estimée à 28% en simpson biplan. La coronarographie qui est le seul examen de certitude diagnostique d'une cardiopathie ischémique n'a pas été réalisé par le patient par faute de moyen. Il avait reçu comme traitement du nébivolol (1,25 mg/j), du perindopril (2,5 mg/j), de l'atorvastatine (40mg/j) et du

Du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. Manitrahasina RAMBOLARIMANANA

Adresse : Service de Cardiologie
CHU Joseph Raseta Befelatanana
Antananarivo, Madagascar

Téléphone : +261 34 19 016 54

E-mail : ramanitrahassina@yahoo.fr

furosemide 40 mg/j. Le patient a été anticoagulé par un anti-vitamine K (AVK) type fluindione 20 mg qui a été modulé en fonction de l'*International Normalized Ratio* (INR) avec une valeur cible de 2 à 3. Au dixième jour de son hospitalisation, le patient a présenté un état cardiaque et neurologique stables qui a favorisé sa sortie.

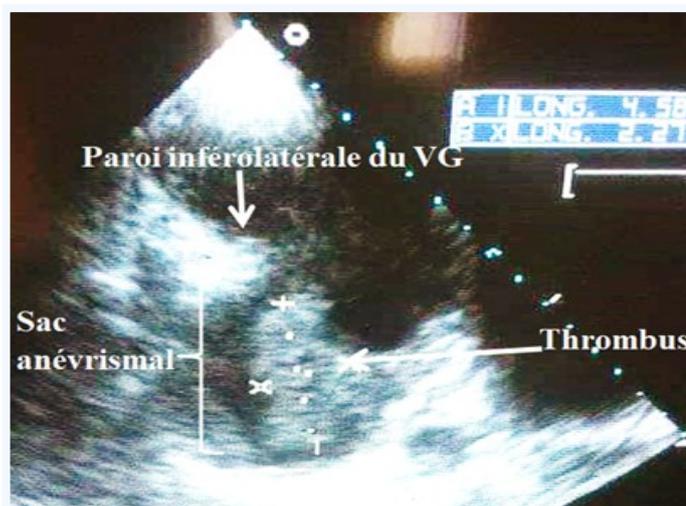


Figure 1 : Aspect échocardiographique en incidence parasternale grand axe montrant une masse hyperéchogène intracavitaire mesurant 45mm x 22 mm de diamètre (thrombus) sur un anévrysme de la paroi inféro-latérale du ventricule gauche

Patient n°2 : Il s'agit d'une femme de 64 ans hospitalisée pour crise convulsive tonico-clonique généralisée avec deux antécédents d'AVC multifocaux. L'examen physique avait retrouvé une aphasie fluente, une paralysie faciale droite et un syndrome pyramidal droit. Elle n'avait aucun signe d'insuffisance cardiaque. Les examens biologiques ont objectivé une troponinémie élevée à 589 pg/l et une hypertriglycémie à 2,1 g/L. L'Holter ECG de 24 heures avait objectivé une tachycardie ventriculaire non soutenue. L'écho-doppler cardiaque trans-thoracique avait mis en évidence une cardiopathie sévèrement hypokinétique avec un anévrysme de la paroi inféro-latérale du ventricule gauche, et une FEVG estimée à 31% en simpson bi-plan. La coronarographie diagnostique et thérapeutique n'a pas été réalisée par faute de moyen. Le scanner cérébral objectivait des plages d'hypodensités spontanées d'âge différents de la région temporo-pariétale droite, postérieure droite et temporale gauche évoquant un AVC ischémique multifocal (Figure 2). La récurrence des AVC multifocaux d'âges différents et la présence d'un anévrysme de la paroi libre du ventricule gauche suggèrent l'origine cardio-embolique de ces accidents. La patiente avait bénéficié du bisoprolol (5 mg/j), perindopril (5 mg/j), atorvastatine (20 mg/j) et a été anticoagulé par un AVK type fluindione 20 mg modulé en fonction de l'INR avec des valeurs cibles de 2 à 3. Elle était décédée au onzième jour de son

hospitalisation sur un tableau de détresse respiratoire aiguë sur pneumopathie d'inhalation.

DISCUSSION

L'anévrysme de la paroi libre du ventriculaire gauche se localise rarement au niveau de sa paroi inférieure qui représente 10% des cas [3]. Les cas de nos patients se trouvent au niveau de la paroi inféro-latérale. Les étiologies sont multiples : ischémique, infectieuse, traumatique, génétique. L'étiologie ischémique reste de loin la plus fréquente [4]. L'importance des facteurs de risque cardiovasculaires cumulés chez nos patients ainsi que l'aspect électrocardiographique et échocardiographique suggèrent l'origine ischémique de l'anévrysme pour nos deux cas. Il existe plusieurs complications liées à cette pathologie dont la rupture de la paroi anévrysmale, l'insuffisance cardiaque congestive, les arythmies ventriculaires ainsi que les complications thromboemboliques [1,2]. Ces trois derniers sont retrouvés chez nos patients.

Les complications thromboemboliques représentent 5% de ces complications [1]. Elle débute par la formation de thrombus, secondaire à la stase sanguine au niveau du site anévrysmal et peut se déloger par la suite pour donner des embolisations pouvant touché différents organes [5]. Un cas similaire est rapporté par Salazar-et al, en Espagne [6]. Chez nos deux patients, cette complication thromboembolique est représentée par l'AVC et la présence de thrombus intraventriculaire gauche.

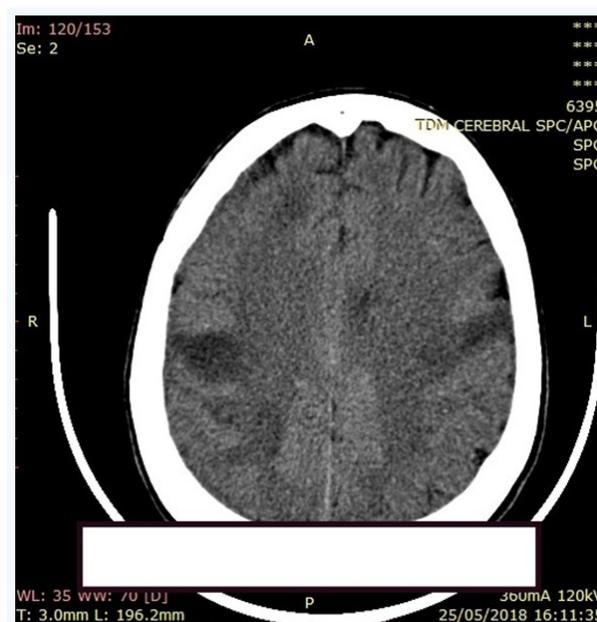


Figure 2 : Scanner cérébral sans injection de produits de contrastes en coupe axiale montrant des plages d'hypodensités spontanées de la région temporo-pariétale droite, postérieure droite et temporale gauche, évoquant des infarctus cérébraux multifocaux

L'arythmie ventriculaire menaçante retrouvée chez notre patiente est liée au caractère arythmogène du tissu fibreux de la paroi anévrismale [5].

CONCLUSION

L'anévrisme de la paroi inférieure du ventriculaire gauche reste exceptionnel mais peut être à l'origine de complications redoutables et multiples. Le retard diagnostique et thérapeutique peut être des facteurs de morbi-mortalité importante.

Nous rapportons deux cas d'AVC ischémiques cardio-emboliques sur thrombus intraventriculaire gauche compliquant un anévrisme ischémique de la paroi inféro-latérale du ventricule gauche.

REFERENCES

1. Ba'albaki HA, Clements SD. Left ventricular aneurysm: a review. *Clin Cardiol* 1989;12(1): 5—13.
2. Sui Y, Teng S, Qian J, Zhao Z, Zhang Q, Wu Y. Treatment outcomes and therapeutic evaluations of patients with left ventricular aneurysm. *J Int Med Res* 2019; 47: 244—51.
3. Ruzza A, Czer LSC, Arabia F, et al. Left Ventricular Reconstruction for Postinfarction Left Ventricular Aneurysm: Review of Surgical Techniques. *Tex Heart Inst J* 2017; 44: 326—35.
4. Sharma A, Kumar S. Overview of left ventricular outpouchings on cardiac magnetic resonance imaging. *Cardiovasc Diagn Ther* 2015; 5(6): 464—70.
5. Sattar Y, Alraies MC. *Ventricular Aneurysm*. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
6. Salazar J, Gutierrez A, Cay E, Ballester C, Salazar JJ, Placer L. Cerebral embolism and thrombus in a membranous interventricular septal aneurysm. *Ann Thorac Surg* 2003; 76(1): 286—7.