

## Un syndrome de tako-tsubo au cours d'une pancréatite aiguë grave

Chaib Anass, Derkaoui Ali, Shimi Abdelkrim, Khatouf Mohammed

Service d'anesthésie réanimation polyvalente A1, CHU Hassan II, Fès, Maroc  
<chaibanass@gmail.com>

Le syndrome de tako-tsubo, encore appelé cardiomyopathie de stress, se présente comme un syndrome coronarien aigu avec des coronaires normales. *Observation* : nous rapportons le cas d'une patiente de 22 ans admise au service de réanimation pour prise en charge d'une pancréatite aiguë grave ayant bénéficié d'un drainage radiologique puis chirurgical ; à J+5 postopératoires, la patiente a présenté une instabilité hémodynamique et respiratoire. Le syndrome de tako-tsubo avait été fortement suspecté. *Conclusion* : en cas d'insuffisance hémodynamique, l'échocardiographie est réalisée sans délai et permet la reconnaissance précoce de la cardiomyopathie de tako-tsubo.

**Mots clés** : pancréatite aiguë grave, myocardite, tako-tsubo, choc cardiogénique

**L**e syndrome de tako-tsubo, encore appelé cardiomyopathie de stress ou « syndrome de ballonnisation apicale transitoire du ventricule gauche », se présente comme un syndrome coronarien aigu survenant sans qu'aucune obstruction des artères coronaires sus-épicaudiques ne puisse en rendre compte [1]. Il est considéré, dans les revues les plus récentes, comme une entité unique qui inclut les dyskinésies transitoires du ventricule gauche rapportées au décours des stress aigus sévères, émotionnels ou physiques. La morphologie du ventricule gauche rappelle la forme d'un vase à fond rond et col étroit (tsubo) utilisé au Japon pour attraper les pieuvres (tako) [2].

Les déclencheurs généralement identifiés comprennent le stress émotionnel, le phéochromocytome et l'hémorragie sous-arachnoïdienne. Plusieurs facteurs de stress physiques déclencheurs ont été documentés ; la littérature ne mentionne que sporadiquement le rôle de la pancréatite aiguë.

### Observation

Nous rapportons un cas de myocardite adrénérurgique survenu au

décours d'une pancréatite aiguë grave. Il s'agit de Mme O., âgée de 22 ans, admise au service de réanimation polyvalente du CHU Hassan II de Fès, pour prise en charge d'une pancréatite aiguë grave compliquée d'une surinfection des coulées de nécrose ayant bénéficié d'un drainage radiologique puis chirurgical. À J+5 postopératoires, et après amélioration initiale sur le plan infectieux, notamment une diminution du taux de la protéine C réactive et des leucocytes dans le sang, la patiente a présenté une défaillance hémodynamique et respiratoire, faite d'une tachycardie à 130 battements par minute, d'une polypnée à trente cycles par minute, des extrémités froides et une tension artérielle à 80/50 mmHg – ce qui a justifié la réalisation d'une échographie transthoracique (ETT) objectivant une contractilité altérée (fraction d'éjection à 30 % par méthode de Simpson) avec aspect ballonisé de la portion médioventriculaire et apicale du ventricule gauche. Un électrocardiogramme (ECG) est réalisé ; il montre des ondes T négatives en antérieur et la troponine est revenue positive à 0,38. L'aspect échographique évocateur et l'absence d'argu-

ments en faveur d'une myocardite septique, notamment un taux de procalcitonine inférieur à 0,1 ng/mL, font évoquer un syndrome de tako-tsubo ; la patiente est mise sous soutien hémodynamique par dobutamine à la dose de 15 µg/kg/min. Les suites sont favorables, avec notamment une négativation de la troponine à J+3, un sevrage de la dobutamine à J+6 et une récupération progressive de la fonction ventriculaire sur les échocardiographies de contrôle, permettant la sortie de la patiente du service de réanimation.

### Discussion

Les premiers cas de cardiomyopathie de type tako-tsubo ont été décrits au Japon avant les années 1990 [3]. Ce syndrome affecte, dans 90 % des cas, les femmes en post-ménopause avec un âge moyen compris entre 58 et 77 ans, souvent à la suite d'un stress physico-émotionnel intense [4]. La faible augmentation des biomarqueurs des dommages myocardiques, discordante avec l'étendue des troubles de la cinétique ventriculaire gauche, est un critère diagnostique [5].

La douleur thoracique ou la dyspnée sont les symptômes annonciateurs les plus courants. Dans notre observation, c'est l'association d'une polypnée, d'une tachycardie avec hypotension artérielle qui a conduit à réaliser une échocardiographie permettant d'évoquer ce diagnostic.

Le diagnostic de syndrome de tako-tsubo repose aujourd'hui sur les critères de la Mayo Clinic qui associe [5] :

- une dysfonction transitoire apicale ou médioventriculaire sans corrélation avec la vascularisation coronaire du ventricule gauche,
- un sus-décalage de ST ou une onde T inversée sur le plan ECG,
- une élévation modérée de la troponine,
- une absence d'occlusion coronaire ou de rupture de plaque sur la coronarographie,
- la présence d'un stress émotionnel ou physique qui précède fréquemment les signes cliniques.

Dans ce cas, c'est l'aspect très évocateur de l'échocardiographie, les anomalies ECG et l'élévation modérée de la troponine, ainsi que l'amélioration de la patiente sur le plan infectieux, qui a poussé à retenir ce diagnostic.

Dans la série de Wittstein *et al.*, aucune nécrose des myocytes n'a été observée sur les biopsies réalisées, ni d'hypersignal en faveur d'une nécrose sur l'imagerie par résonance magnétique (IRM) [6]. Les anomalies de la contractilité disparaissent au bout de quelques jours à quelques semaines [7]. Le suivi de notre patiente nous a permis de constater l'amélioration de la fonction systolique du ventricule gauche, permettant l'arrêt de la perfusion de dobutamine.

Sur le plan thérapeutique, il n'existe aucun consensus. Cette cardiomyopathie guérit spontanément en quelques jours ou en quelques semaines, ce qui la différencie des autres cardiomyopathies dilatées. Un traitement symptomatique de courte durée peut être nécessaire. L'utilisation de bêtabloquants est envisagée dans les formes hémodynamiquement stables [8]. La survenue d'une défaillance hémodynamique peut nécessiter de réduire les résistances vasculaires périphériques et d'augmenter la contractilité cardiaque [9].

Le syndrome de tako-tsubo a un bon pronostic à moyen et à long terme, même si des complications graves peuvent survenir. Il existe des cas évoluant vers une insuffisance ventriculaire gauche aiguë avec hypotension, voire un véritable choc cardiogénique comme dans le cas de notre patiente.

**Liens d'intérêt :** Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

### Références

1. Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JC, *et al.* Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 539-48.
2. Sato H, Tateishi H, Uchida T, Dote K, Ishihara M. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In : Kodama K, Haze K, Hon M, (eds). *Clinical aspect of myocardial injury: from ischemia to heart failure (in japanese)*. Tokyo : Kagakuhyouronsya Co.
3. Kurisu S, Sato H, Kawagoe T, *et al.* Takotsubo-like left ventricular dysfunction with ST-segment elevation: a novel cardiac syndrome mimicking acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2002 ; 143 : 448-55.
4. Lentschener C, Vignaux O, Spaulding C, Bonnichon P, Legmann P, Ozier Y. Early postoperative takotsubo-like left ventricular dysfunction: transient left ventricular apical ballooning syndrome. *Anesth Analg* 2006 ; 103 : 580-2.
5. Maron BJ, Towbin JA, Thiene G, *et al.* Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2006 ; 113 : 1807-16.
6. Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JAC, *et al.* Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 539-48.
7. Bybee KA, Kara T, Prasad A, *et al.* Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. *Am Intern Med* 2004 ; 141 : 858-65.
8. Villareal P, Achari A, Wilanski S, Wilson JM. Anteroapical stunning and left ventricular outflow tract obstruction. *Mayo Clin Proc* 2001 ; 76 : 79-83.
9. Drayer M, Geracht J, Madikians A, *et al.* Neurogenic stunned myocardium: an unusual postoperative complication. *Pediatr Crit Care Med* 2006 ; 7 : 374-6.