

Rupture myocardique post-infarctus

D. Silberberg¹, I. Chouchane¹, J.-M. Bailly² et P. Dubois¹

Services ¹de Cardiologie, ²d'Imagerie Médicale, C.H.U. de Charleroi

PRESENTATION CLINIQUE

Un patient de 67 ans, diabétique non insulino-requérant, présente une semaine avant son admission un épisode de douleur thoracique intense de repos qui persiste quelques heures avant de disparaître spontanément. Il est totalement asymptomatique lorsqu'il se rend chez son médecin généraliste qui ausculte un souffle et l'adresse à la consultation de cardiologie.

L'examen clinique confirme la présence d'un souffle holosystolique rude 5/6, maximum en parasternal gauche. La palpation du thorax objective un thrill. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque.

L'électrocardiogramme révèle un rythme sinusal et un infarctus inférieur au stade subaigu (figure 1).

L'échocardiogramme (figures 2, 3 et 4) montre une rupture septale. Le septum interventriculaire est dilacéré dans sa partie inférieure moyenne, la rupture s'étendant de la base du pilier mitral postérieur jusqu'à la paroi libre du ventricule droit, où elle semble contenue par le péricarde. Il en résulte un shunt gauche-droit massif. Le ventricule droit est dilaté et présente une dysfonction sévère, alors que l'altération contractile du ventricule gauche se limite à la paroi inférieure.

Ces données sont rapidement confirmées par un examen tomodensitométrique (figure 5).

La coronarographie montre une maladie coronaire tritronculaire avec occlusion complète de la coronaire droite.

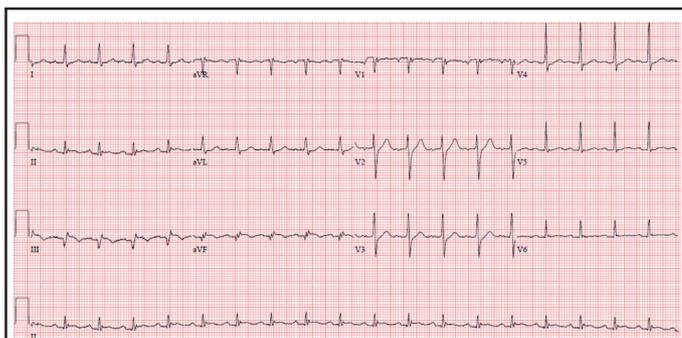


Figure 1 : Electrocardiogramme réalisé à l'admission ; le rythme est sinusal et on identifie une onde de nécrose inférieure.

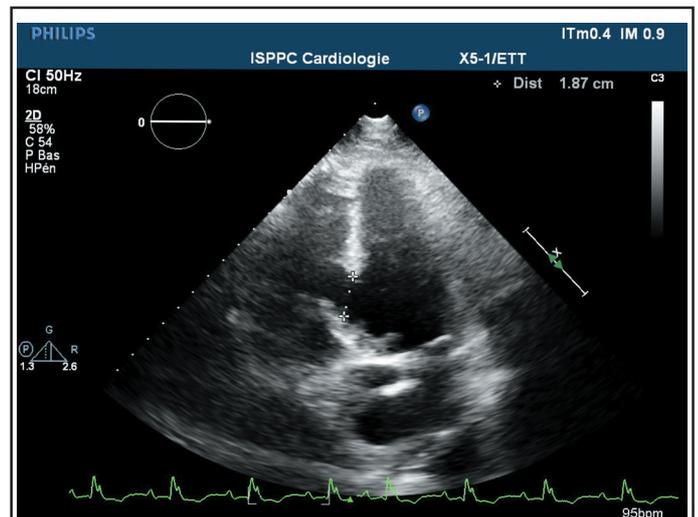


Figure 2 : Image échographique en vue apicale quatre cavités, montrant un important défaut de la paroi septale dans sa partie inférobasale.

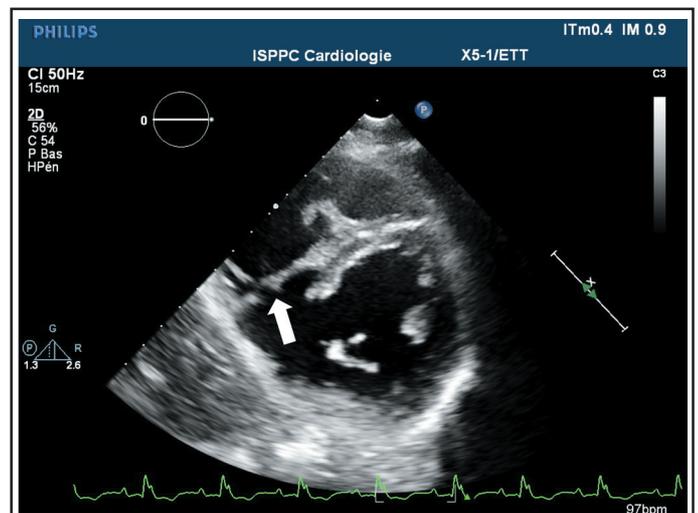


Figure 3 : Image échographique en vue parasternale petit axe, révélant la dilacération du septum interventriculaire.

Le patient décède brutalement par dissociation électromécanique (probable rupture de la paroi libre du ventricule droit) avant la prise en charge chirurgicale.

DISCUSSION

La rupture myocardique est la complication la plus dramatique d'un infarctus myocardique.

L'incidence de la rupture myocardique post-infarctus est de 0,2 à 1 % à l'heure actuelle, alors

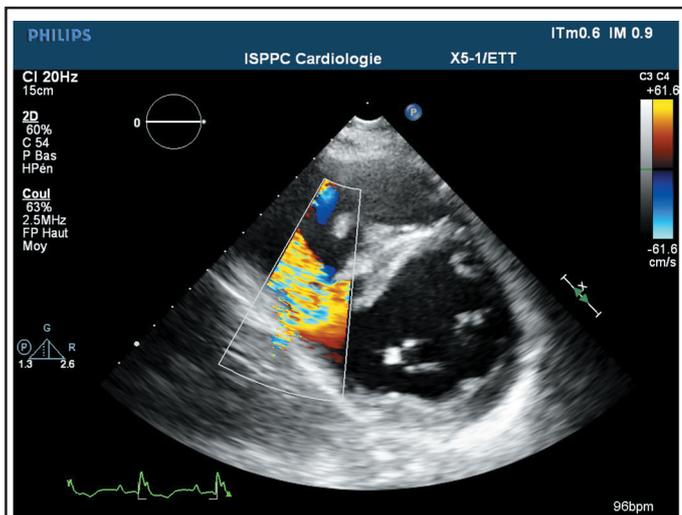


Figure 4 : Image échographique en vue parasternale petit axe, révélant en Doppler couleur le massif shunt gauche-droit.



Figure 5 : Image de tomodensitométrie cardiaque montrant une importante communication interventriculaire sur rupture myocardique septale (flèche).

qu'elle était de 4 % avant l'avènement de la revascularisation systématique^{1,2}.

On distingue trois formes anatomopathologiques^{2,3} : la rupture d'une paroi libre (ventriculaire gauche ou droite), la rupture du septum interventriculaire, et la rupture d'un muscle papillaire. On appelle double rupture ventriculaire la combinaison de deux types de rupture. Cette dernière entité est extrêmement rare, et son pronostic très sombre.

La rupture myocardique survient typiquement 1 à 4 jours après l'infarctus, et se produit en général au niveau de la zone de jonction entre le myocarde sain et le myocarde infarcté. Elle est plus fréquente en cas de primo-infarctus, aucune circulation collatérale n'ayant eu l'occasion de se développer dans la zone concernée⁵.

Le diagnostic repose d'abord sur le contexte clinique : il s'agit d'un infarctus récent, généralement revascularisé avec retard. L'examen clinique peut révéler un souffle systolique associé ou non à des troubles hémodynamiques. Le diagnostic définitif est posé par l'échographie cardiaque⁶.

On a classiquement recours à une prise en charge chirurgicale urgente, mais la rupture myocardique reste d'un pronostic sombre ; la mortalité globale suivant cette complication est évaluée à 90 % sous traitement médical, et à 50 % en cas de prise en charge chirurgicale⁴.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gueret P, Khalife K, Jobic Y *et al.* : Echocardiographic assessment of the incidence of mechanical complications during the early phase of myocardial infarction in the reperfusion era : a French multicentre prospective registry. Arch Cardiovasc Dis 2008 ; 101 : 41-7
2. Guéret P, Lim P, Abitbol E, Monin JL : Echocardiography and mechanical complications of recent myocardial infarction. Arch Mal Coeur Vaiss 2005 ; 98 : 1101-10
3. Reeder GS : Identification and treatment of complications of myocardial infarction. Lancet 1995 ; 70 : 880-4
4. Crenshaw BS, Granger CB, Birnbaum Y *et al.* : Risk factors, angiographic patterns, and outcomes in patients with ventricular septal defect complicating acute myocardial infarction. GUSTO-I (Global Utilization of Streptokinase and TPA for Occluded Coronary Arteries) Trial Investigators. Circulation 2000 ; 101 : 27-32
5. Pohjola-Sintonen S, Muller JE, Stone PH *et al.* : Ventricular septal and free wall rupture complication acute myocardial infarction : experience in the Multicenter Investigation of Limitation of Infarct Size. Am Heart J 1989 ; 117 : 809-16
6. Helmcke F, Mahan EF, Nanda NC *et al.* : Two-dimensional echocardiography and Doppler color flow mapping in the diagnosis and prognosis of ventricular septal rupture. Circulation 1990 ; 81 : 1775-83

Correspondance et tirés à part :

D. SILBERBERG
 C.H.U. de Charleroi
 Service de Cardiologie
 Boulevard Paul Janson 92
 6000 Charleroi
 E-mail : deborah.silberberg@gmail.com

Travail reçu le 26 novembre 2013 ; accepté dans sa version définitive le 16 janvier 2014.