



Journal Homepage: - www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/7801
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/7801>



RESEARCH ARTICLE

ENORME ANEVRYSMES VENTRICULAIRE GAUCHE POST INFARCTUS DU MYOCARDE.

Mohamed Malki, Abdellatif Jabbouri, Hicham Faliouni, Ilyass Asfalou, Maha Raissouni, Aatif benyass, Elmehdi Zbir.

Centre de Cardiologie ; Hôpital militaire l'instruction Mohammed V – CHU Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 3 August 2018

Final Accepted: 5 September 2018

Published: October 2018

Keywords:

Ventricular aneurysm, myocardial infarction, echocardiography, surgical treatment.

Abstract

A left ventricular aneurysm (LVA) is a localized dyskinetic area of infarcted myocardium that bulges in systole and diastole. It is a well-studied structural complication seen post myocardial infarction although decreasing in incidence due to major improvements in reperfusion therapy.

Persistent ST elevation is the most widely reported electrocardiographic manifestation of left ventricular aneurysms. LVA may be evident on chest x-ray, as observed in this case. Diagnosis is noninvasively confirmed using echocardiography.

Complications of LVA include congestive heart failure, ventricular arrhythmias and rupture that can lead to sudden cardiac death

Surgical treatment is usually effective and followed by a marked improvement in function but is burdened with a heavy postoperative mortality.

We report the case of a 68-year-old man, with a history of Myocardial infarction presenting with a huge left ventricular aneurysm.

Copy Right, IJAR, 2018., All rights reserved.

Introduction:

L'anévrysme ventriculaire gauche est une complication mécanique tardive redoutable de l'infarctus du myocarde. Son incidence varie dans la littérature de 3 à 38%. Il s'agit d'une ectasie du ventricule gauche liée à une cicatrisation vicieuse de la paroi infarctée avec amincissement pariétal et formation d'une poche animée d'un mouvement paradoxal d'expansion systolique. Sa gravité est liée aux complications rythmiques et emboliques et sa prise en charge délicate. Nous illustrons à travers un cas clinique et une revue de la littérature les différents aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'anévrysme ventriculaire gauche post infarctus du myocarde.[1;2]

Observation :

Nous rapportons le cas d'un sujet de 68 ans, hypertendu et tabagique chronique, suivi pour une tumeur maligne intestinale au stade de métastases hépatiques. Qui avait présenté un infarctus inférieur revascularisé par angioplastie primaire avec pose d'un stent actif à H5 du début de la douleur sans succès, l'échocardiographie avait objectivé une akinésie inférieure avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche à 50 %. Deux mois plus tard il a été réadmis pour dyspnée d'effort classe III de la New York Heart Association, l'ECG a objectivé la persistance du sus décalage du segment ST dans le territoire inférieur, la radiographie du thorax a montré un arc inférieur gauche en double bosse et l'échocardiographie a objectivé un énorme anévrysme de la paroi inférieure du VG mesurant 51 x 34 mm, l'holter ECG de 24h n'a pas objectivé de troubles de rythme significatifs. Vu ses tares le patient a bénéficié d'un

traitement médical seul associant un inhibiteur de l'enzyme de conversion, un bêtabloquant, un anti agrégeant plaquettaire et un anticoagulant qu'on a arrêté deux semaines plus tard suite à une complication hémorragique.

Discussion:

L'anévrysme ventriculaire gauche est la conséquence du phénomène de remodelage impliquant des facteurs mécaniques et neuro-hormonaux ; d'une part les contraintes pariétales systoliques et diastoliques entraînent un étirement des tissus nécrosés, d'autre part la baisse de la pression artérielle moyenne s'accompagne d'une activation des systèmes neuro-hormonaux, essentiellement catécholamines et système rénine-angiotensine-aldostérone, tous ces facteurs déclenchent le remodelage ventriculaire gauche aboutissant à l'étirement des tissus nécrosés et non nécrosés.

La présentation clinique est variable ; récurrences angineuses, apparition ou aggravation d'une dyspnée, palpitations voir syncope ou malaises lipothymiques. Parfois l'anévrysme VG est révélé suite à une complication embolique. L'examen clinique est généralement pauvre, il peut trouver un 2^{ème} choc de pointe à la palpation et/ou un 3^{ème} bruit (B3) à l'auscultation.

L'électrocardiogramme objective généralement la persistance du sus décalage du segment ST dans le territoire nécrosé au delà de la 4^{ème} semaine. La radiographie pulmonaire de face peut trouver une cardiomégalie avec aspect en brioche de l'arc inférieur gauche [3,4].

L'échocardiographie reste l'examen de choix dans le diagnostic et l'évaluation de l'anévrysme ventriculaire qui apparaît sous forme d'une poche développée dans le territoire de l'IDM et qui communique avec le ventricule gauche par un collet large, cette poche dont la paroi est mince et déforme la cavité ventriculaire gauche en diastole est animée d'une contraction dyskinétique en systole. L'adoption de ces critères diagnostiques permet de faire la distinction entre l'anévrysme ventriculaire et d'autres situations voisines telles que les plaques d'akinésie ou de dyskinésie que l'on peut observer dans l'IDM transmural récent mais où la déformation du contour ventriculaire ne se produit qu'en systole, ou les faux anévrysmes du ventricule gauche [5,6]. C'est un examen incontournable non seulement pour le diagnostic précis mais surtout pour les renseignements étiologiques et pronostiques qu'il fournit, il renseigne sur la dilatation cavitaire, la fonction systolique et diastolique, la pression artérielle pulmonaire, les fuites mitrales et tricuspides et surtout la présence d'un contraste spontané ou un thrombus intra VG.

L'imagerie par résonance magnétique constitue l'investigation non invasive la plus rentable qui fournit une riche information sur les structures cardiaques [7], elle permet une étude plus fine de l'épaisseur des parois myocardiques, des volumes des cavités cardiaques et de la fraction d'éjection VG. Elle fournit également des renseignements d'ordre pronostique concernant la taille et la transmuralité de l'infarctus. Elle permet aussi une meilleure évaluation avec excellente résolution spatiale de la poche anévrysmale ; taille, épaisseur de la paroi, collet et éventuel thrombus. L'IRM cardiaque étudie également les régions autour du coeur, particulièrement le médiastin et les gros vaisseaux.

Les complications sont dominées par les troubles de rythme ventriculaire, l'insuffisance cardiaque congestive parfois réfractaire, les embolies artérielles périphériques, voir la rupture de la paroi cardiaque.

L'approche thérapeutique de l'anévrysme ventriculaire gauche est basée sur l'intervention chirurgicale par ablation de la poche anévrysmale [8, 9, 10, 11]. Quoique certains auteurs dans la littérature préconisent de commencer par un traitement médical, objet de beaucoup de controverses. Par ailleurs, l'indication opératoire sur les AVG est toujours difficile à porter, elle comporte une mortalité assez lourde surtout si le patient est en insuffisance cardiaque décompensée ou présente des troubles de rythme. Si le cap opératoire est franchi, le résultat opératoire n'est pas toujours brillant. L'indication est d'autant plus difficile à porter que l'évolution naturelle ne semble-t-il pas aussi catastrophique [12]. Actuellement le recours à la chirurgie est limité aux patients en insuffisance cardiaque réfractaire aux traitements habituels ou ayant des troubles de rythme rebelles aux traitements bêtabloquants et antiarythmiques.

Conclusion:

L'anévrysme ventriculaire gauche est une complication mécanique de l'IDM qui pose un problème de prise en charge, l'indication chirurgicale est difficile à porter et le résultat opératoire n'est pas toujours brillant. La prévention du remodelage ventriculaire gauche post infarctus du myocarde est actuellement nettement améliorée par les techniques de revascularisation précoce de l'infarctus du myocarde, ainsi que par la prescription précoce des inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II.

Conflits d'intérêts:

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

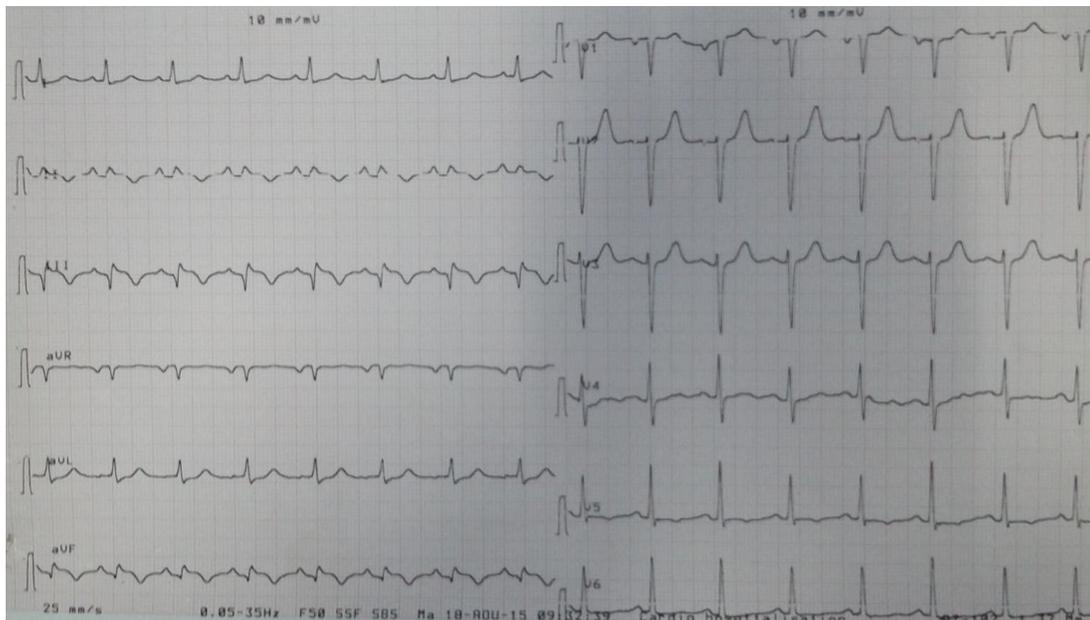


Figure 1: ECG réalisé deux mois après l'IDM montrant la persistance du sus décalage ST en inférieur

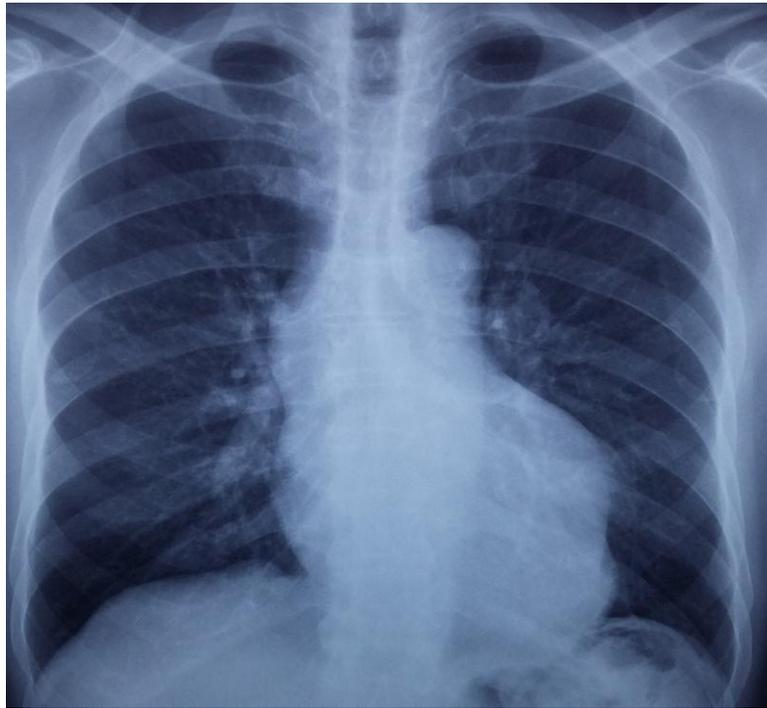


Figure 2: Radiographie pulmonaire de face objectivant l'aspect en double bosse de l'AIG

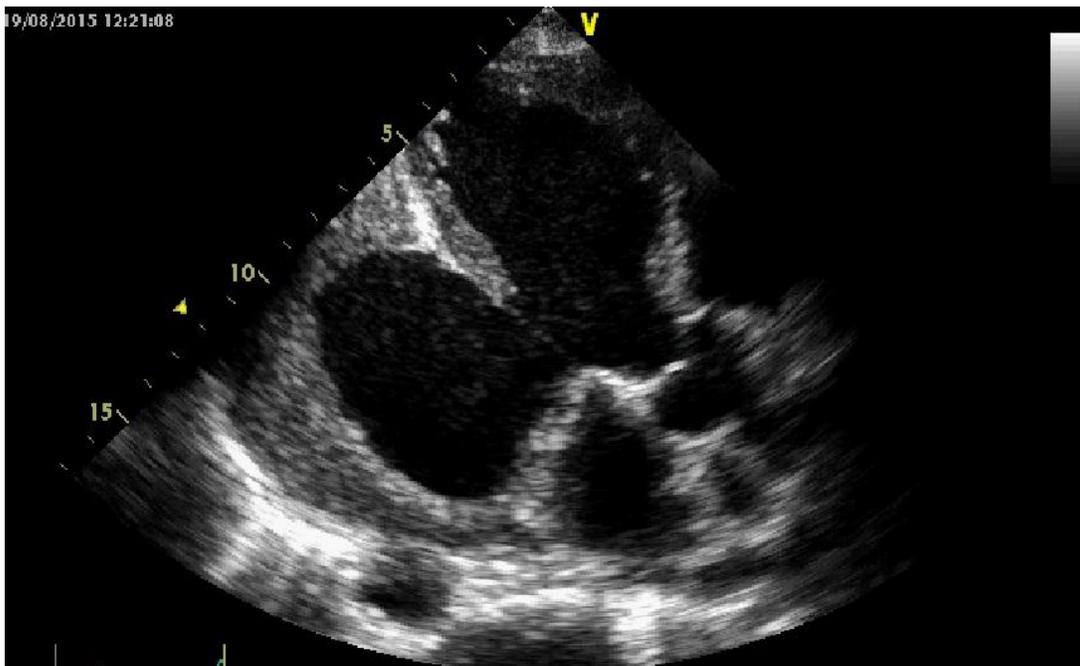


Figure 3: Coupe échocardiographique apicale 3 cavités montrant l'anévrysme du VG

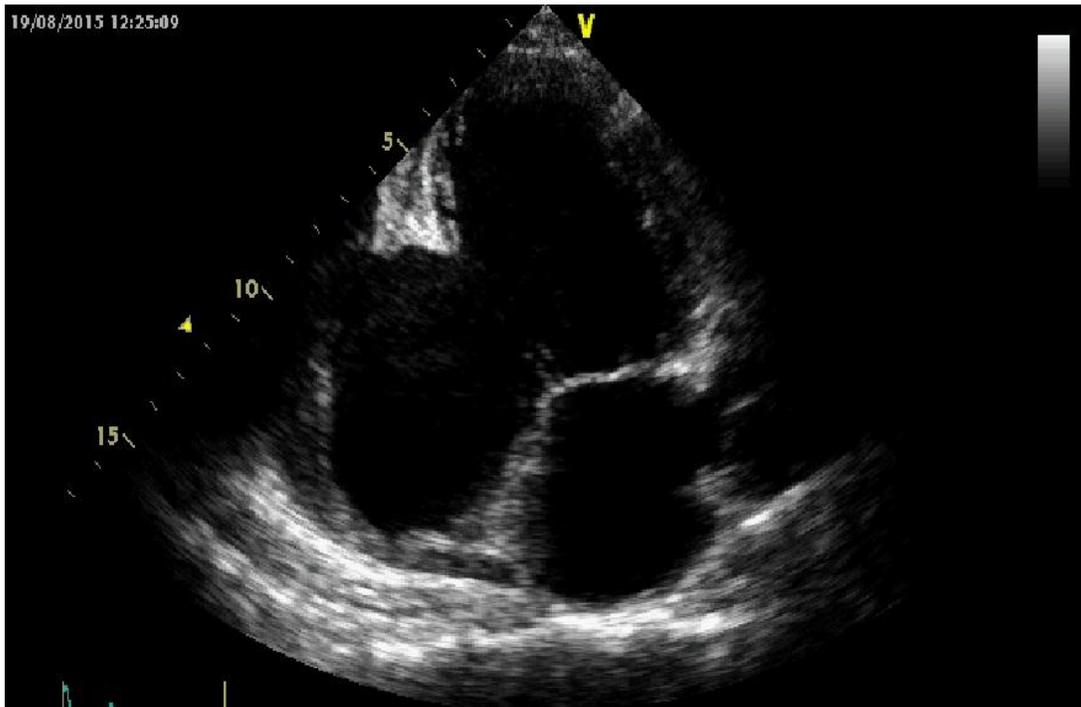


Figure 4: Coupe échocardiographique apicale 2 cavités montrant l'anévrysme du VG

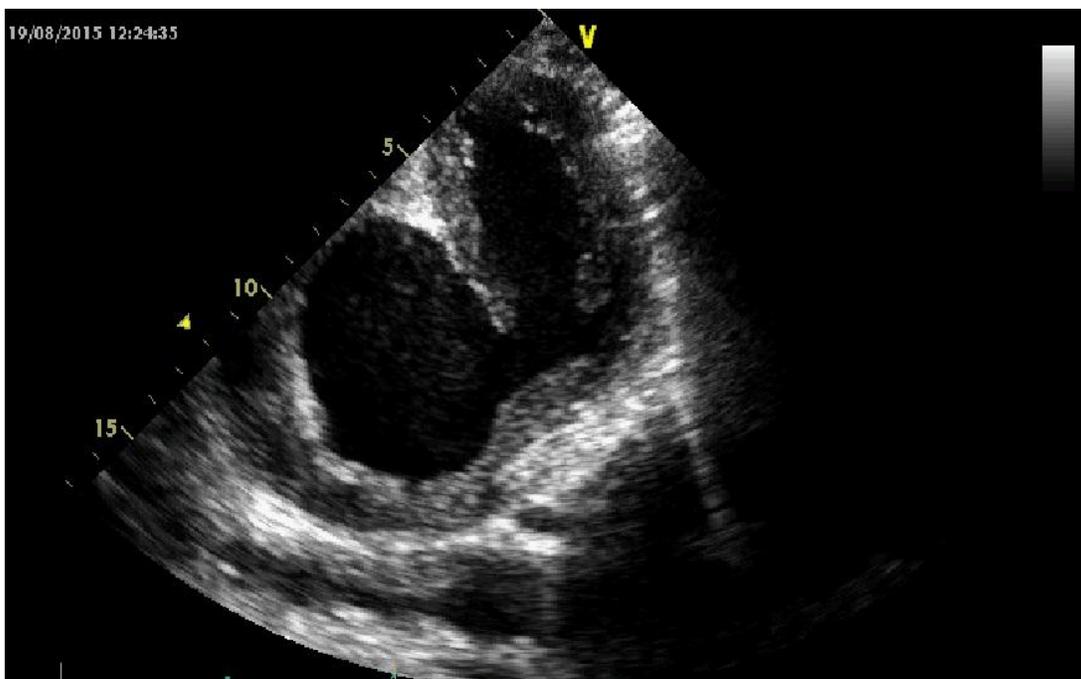


Figure 5:-Coupe petit axe montrant l'anévrysme VG

References:

1. Ba'albaki. HA. , Clements SD : Left ventricular aneurysm: a review. Clin Cardiol 1998; 12:5.
2. Letac C., Leroux G., Cribier A., Soyer R.: Large ventricular aneurysms occurring after myocardial infarction. Heart J. 1987, 40, 516.
3. Cohen M., Packer M., Gorlin R.: Indications for left ventricular aneurysmectomy. Circul. 1983, 67, 717-722.
4. Lundblad R., Abdalnoor M., Svennevig JL. Repair of left ventricular aneurysm: surgical risk and long-term survival. Ann Thorac Surg 2003; 76:719-25
5. Letac C., Leroux G., Cribier A., Soyer R.: Large ventricular aneurysms occurring after myocardial infarction. Heart J. 1978, 40, 516.
6. Malcom I.D., Fitchett D.H., Stewart D., Marpole D., Symes J.: Ventricular aneurysm false or true an important distinction. Ann. Thorac Surg. 1980, 29, 474.
7. Buck T Hunold P., Wentz KU. et al. Tomographic three-dimensional echographic determination of chamber size and systolic function in patients with left ventricular aneurysm: Comparison to magnetic resonance imaging, cineventriculography. Circul 1997;96:4286-25.
8. Miller JM., Kienzle MG., Harken AH., Josepson ME. Subendocardial resection of ventricular tachycardia: predictors of surgical success. Circulation 1984;60:1340-4.
9. Lundblad R., Abdalnoor M., Svennevig JL. Repair of left ventricular aneurysm: surgical risk and long-term survival. Ann Thorac Surg 2003; 76:719-25.
10. Cohen M., Packer M., Gorlin R.: Indications for left ventricular aneurysmectomy. Circul. 1983, 67, 717-722.
11. Nagle R. C., William DO. Natural history of ventricular aneurysm without surgical treatment. Br. Heart 1974, 36 , 1037.
12. Cohen M., Weimer I., Pichard A., Holt J., Smith H., Gorlin R. Determinants of ventricular tachycardia in patients with coronary artery disease and ventricular aneurysm: Clinical hemodynamic and angiographic factors. Am. J. Cardiol.1983, 51, 61.