

8/ Une tamponnade pas comme les autres

J. Nicoleau^{1,2}, A. Meilhac², F. Targosz³, F. Georger¹.

¹ Service de cardiologie, Centre Hospitalier de Béziers, 34525 Beziers Cedex.

² Service de cardiologie, Hopital Arnaud de Villeneuve, CHU de Montpellier, 34000 Montpellier.

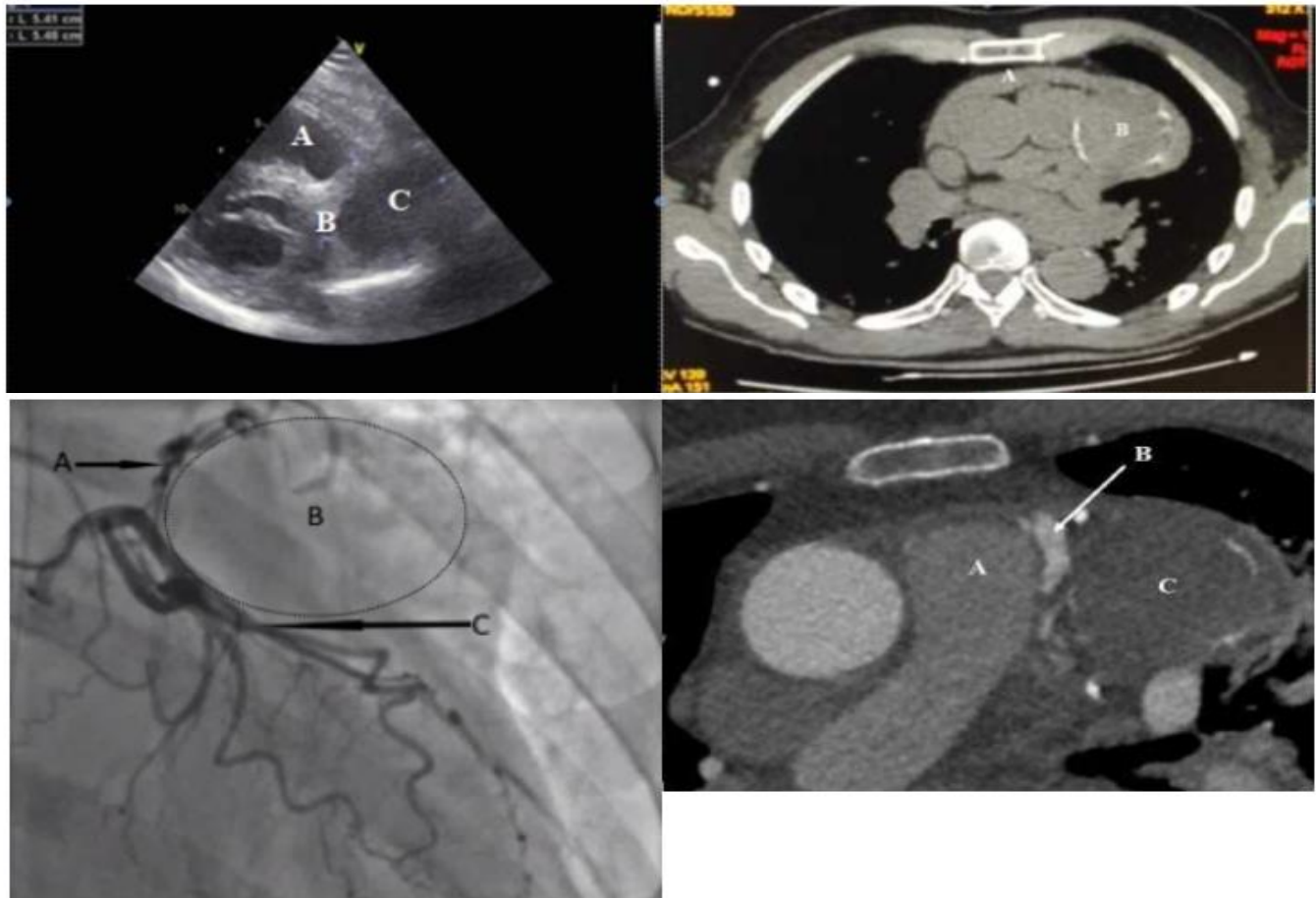
³ Service de cardiologie, Hôpital Saint-Jean, 66000 Perpignan.

Cas clinique : Un homme de 71 ans sans antécédent cardiaque est hospitalisé pour état de choc brutal. Ses antécédents sont des adénocarcinomes prostatique et Lieberkhunien de bon pronostic. L'échographie réalisée à la prise en charge montre une tamponnade avec une image anéchogène proche de l'artère pulmonaire (AP) (Figure 1). Un scanner thoracique montre une masse de 5 cm aux bords calcifiés accolée à la paroi antérolatérale du ventricule gauche (VG) et de l'AP, ne prenant pas le contraste (Figure 2). Après drainage et stabilisation hémodynamique, la coronarographie révèle une fistule naissant de l'IVA proximale elle-même comprimée par cette masse (Figure 3). L'IRM et le scanner confirment la fistule coronaro-pulmonaire (FCP) entre l'IVA et l'AP. La masse ne prend pas le contraste (Figure 4). Le traitement retenu est l'exérèse chirurgicale sous circulation extra corporelle. La masse est un anévrisme contenant du vieux thrombus. L'examen anatomopathologique ne montre pas de signes de malignité.

Discussion : Les FCP peuvent être congénitales, le plus probable dans le cas présent, ou acquises après pontage coronaire, transplantation cardiaque, angioplastie, biopsies, traumatisme. Elles sont asymptomatiques dans la majorité des cas. Lorsque le débit est important, les patients peuvent développer insuffisance cardiaque, angor, arythmie, endocardite, rupture avec tamponnade. Les anévrismes sont associés aux FCP dans seulement 1.2 à 4.9% des cas.

La coronarographie était initialement le gold standard pour déterminer l'origine et le trajet des fistules, mais l'approche multimodale avec notamment l'IRM et l'angioTDM avec reconstruction 3D permet d'affiner le diagnostic et de mieux orienter la prise en charge.

Les fistules larges et/ou symptomatiques sont traitées soit par chirurgie conventionnelle, soit en cardiologie interventionnelle selon l'expérience des centres.



Légendes :

Figure 1 : ETT en coupe parasternale petit axe (A : tronc de l'AP; B : paroi antérolatérale du VG; C : masse)

Figure 2 : Scanner thoracique injecté (A : épanchement péricardique; B : masse avec calcifications périphériques)

Figure 3 : Coronarographie (A : FCP; B : masse; C : IVA refoulée par la masse)

Figure 4 : Scanner cardiaque (A : tronc de l'AP; B : FCP; C : masse)

*Auteur Correspondant : jean.nicoleau.34@gmail.com

Pas de conflit d'intérêt.