

5 6 7  
JUN 2019

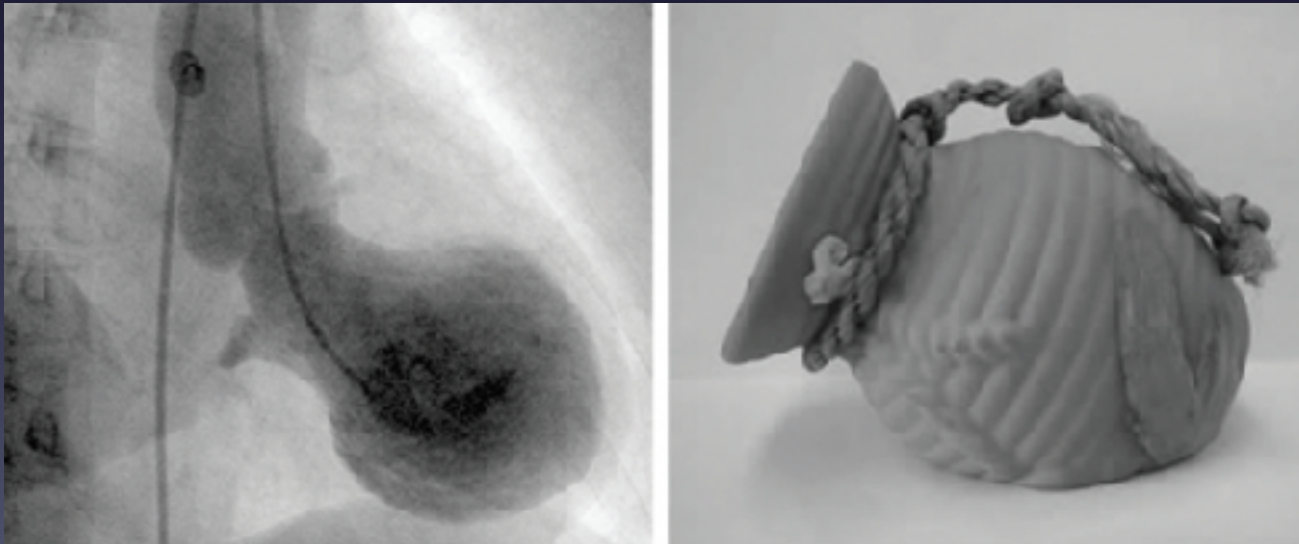
# Takotsubo : une entité rare ?



Sabrina Uhry

P. Couppié - F. De poli - P. Leddet

CH Haguenau



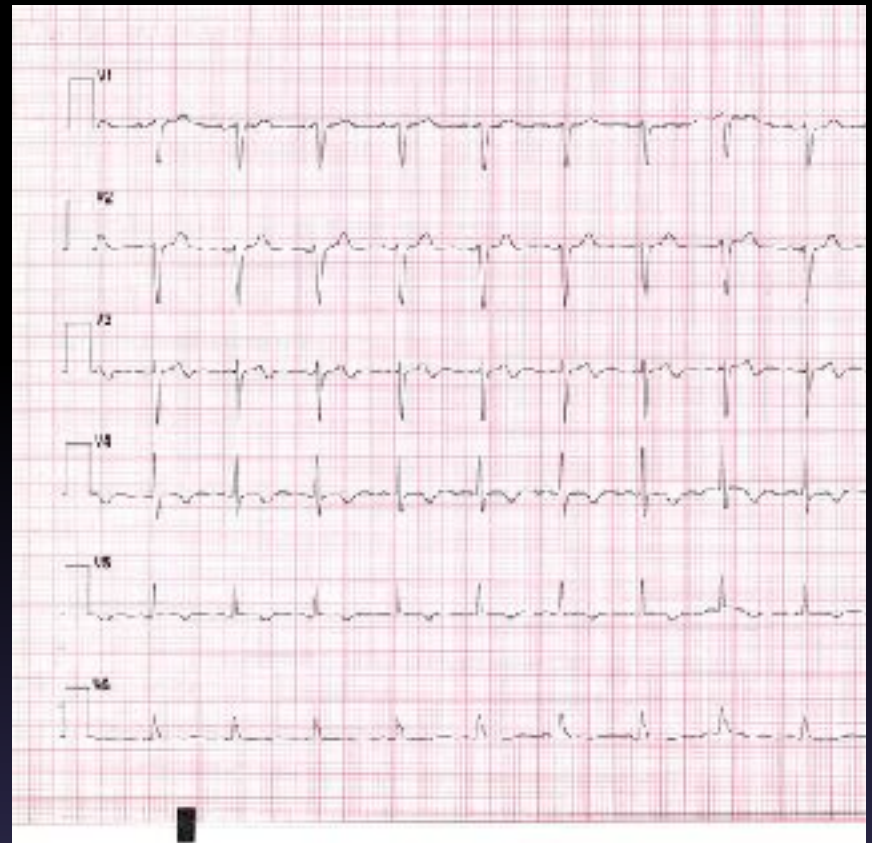
# Introduction

- Takotsubo => dysfonction ventriculaire gauche réversible
- Diagnostic différentiel SCA
- Association fréquente douleur thoracique, modifications ECG, élévation biomarqueurs cardiaques et troubles cinétique pariétale
- Prévalence TT : 1/36.000 adultes

# Cas clinique I

## Mme BOU, 65 ans

- Douleur thoracique après annonce TS de son fils
- HTA, dyslipidémie, tabagisme actif 100 PA



- Troponin = 3,03 microg/l (N < 0,045)
- NT-proBNP = 9566 ng/l

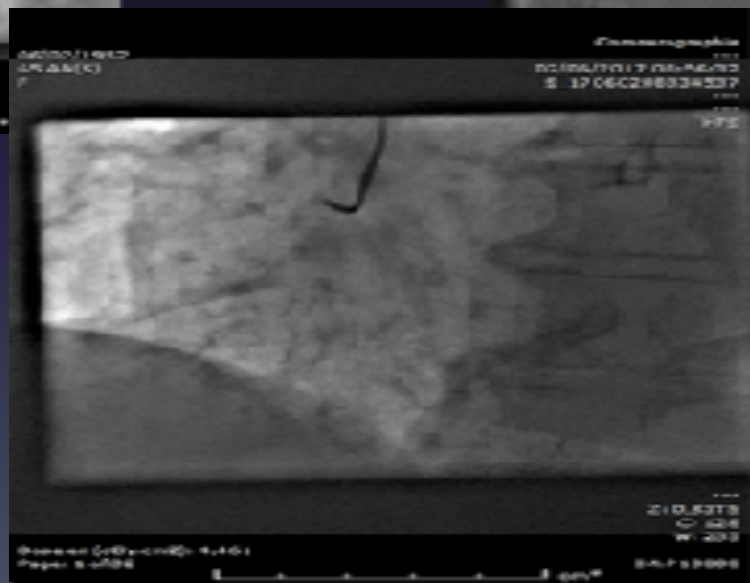
# Echographie cardiaque

- FEVG = 25-30%
- Ballonisation et akinésie apicale étendue, couronne basale hyperkinétique
- Pas de gradient intra-VG
- Pas de thrombus apical
- IM minime
- Bon VD
- Pas d'épanchement péricardique



Aspect de ballonisation apicale en télé-systole en échocardiographie sans et avec agent de contraste

# Coronarographie J0



# Ventriculographie



# J2



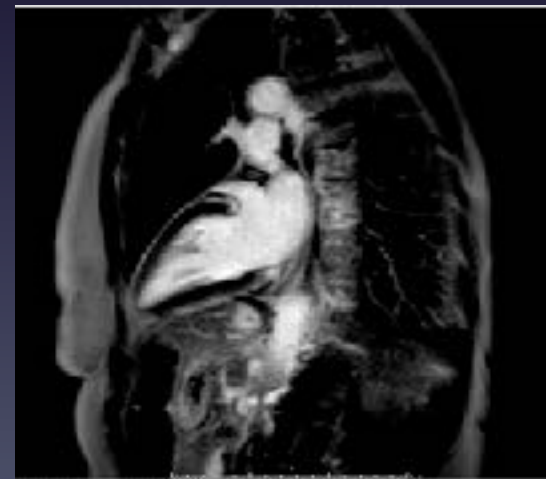
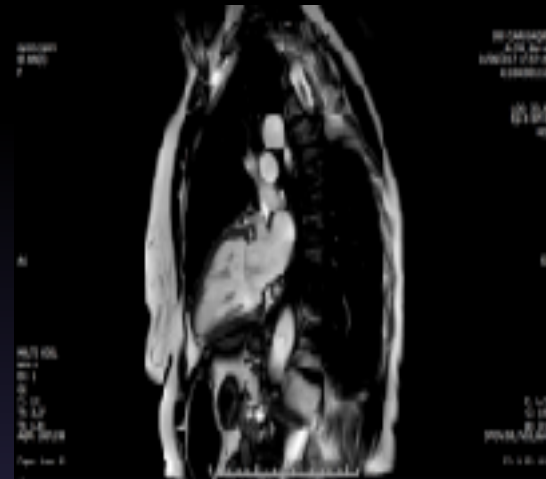
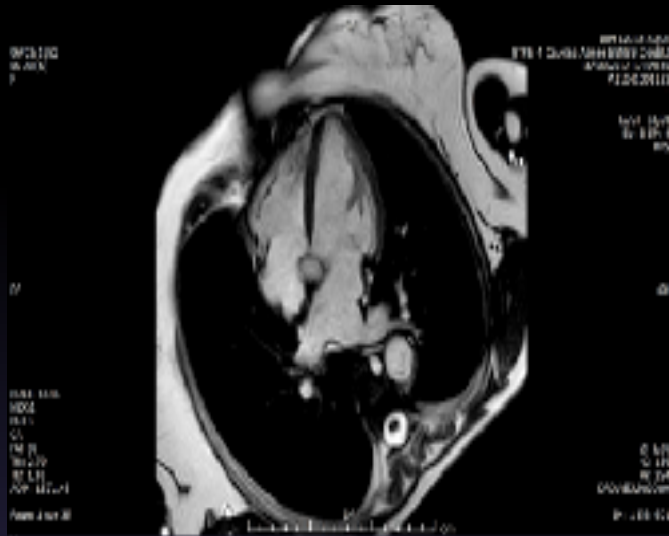
- FEVG 50%
- Hypokinésie couronne apicale



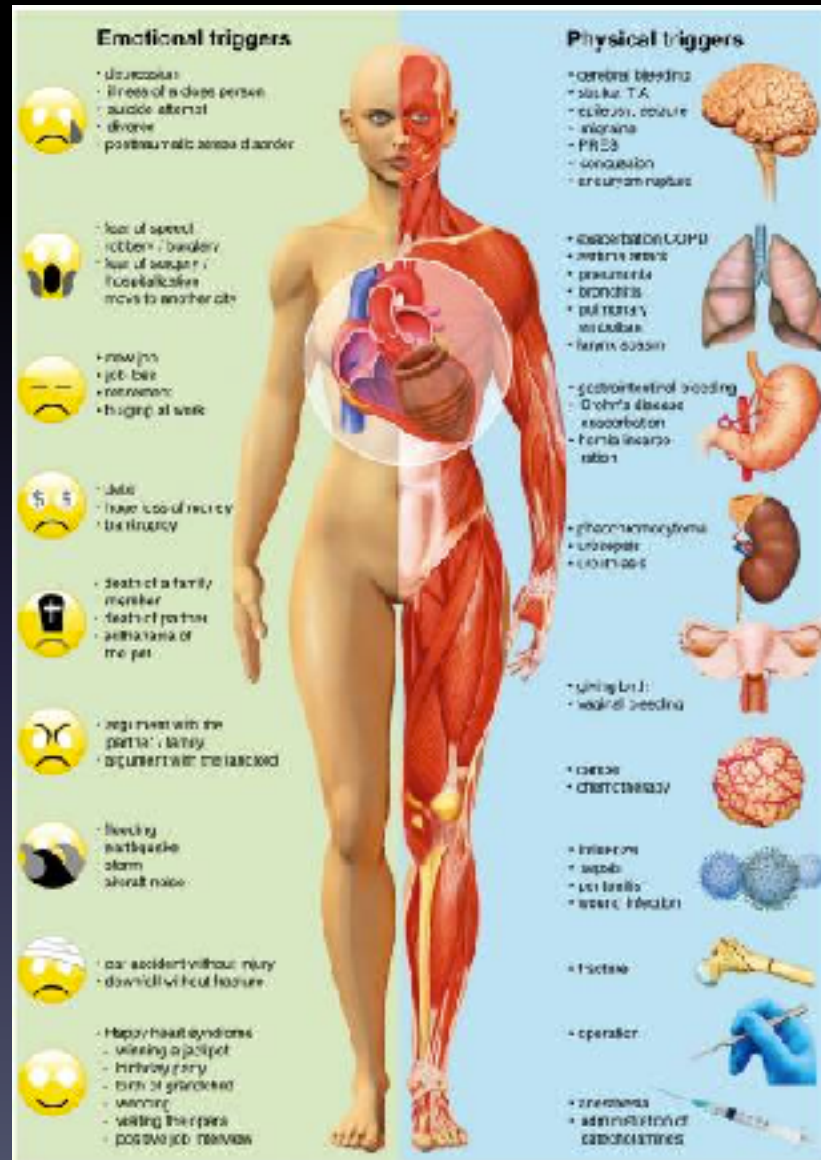
# Traitement

- Ramipril 2,5 mg
- Bisoprolol 2,5 mg
- Suivi psychologique

# IRM J14



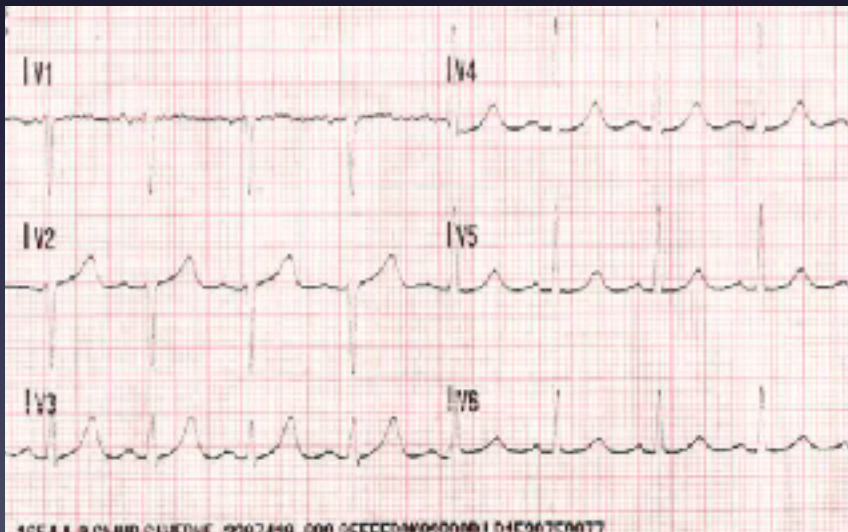
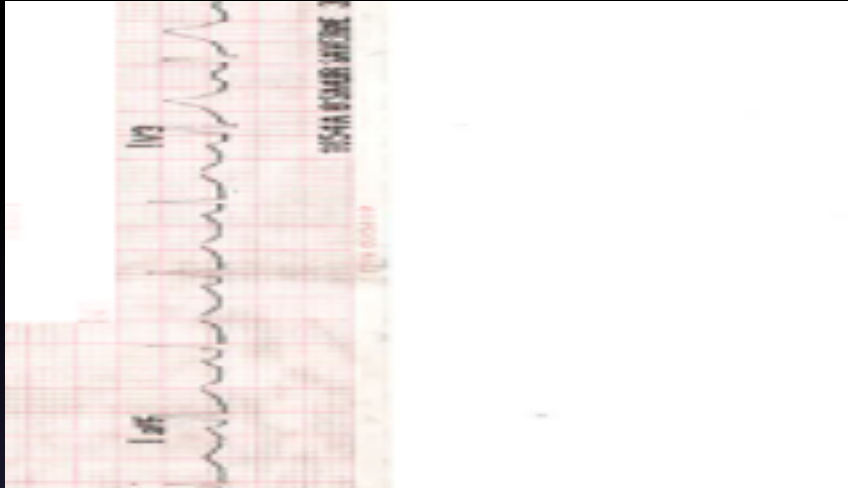
# Facteurs déclenchants



# Cas clinique 2

## Mme REI, 45 ans

- Douleur thoracique, blockpnée et palpitations
- Stress professionnel
- Dispute conjugale

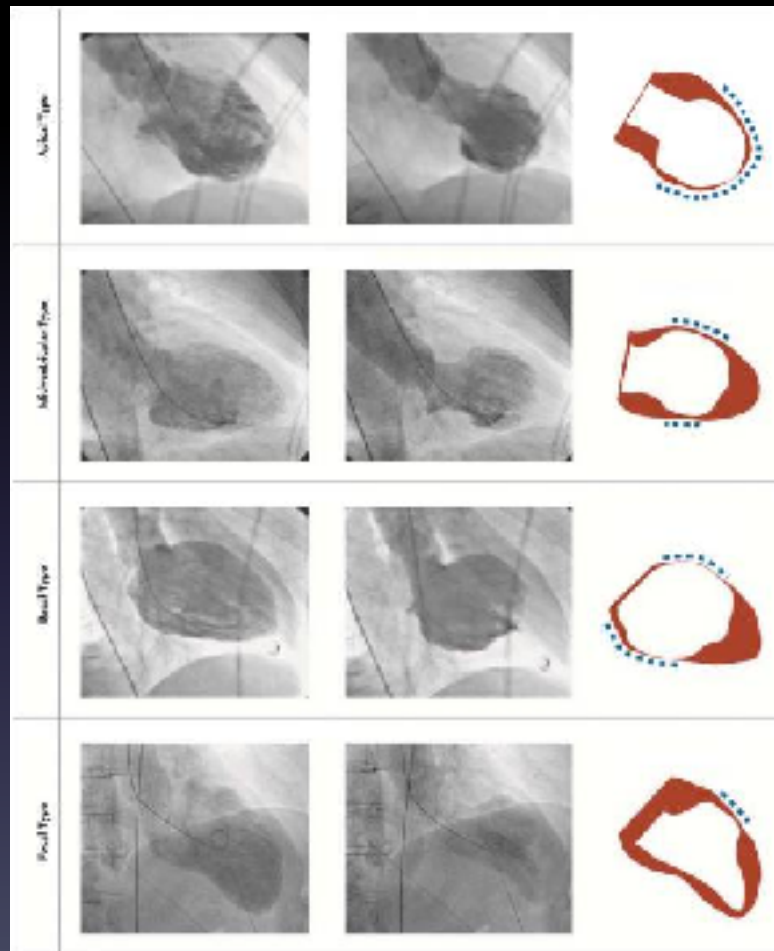


- Troponin = 3,68 microg/l
- NT-proBNP = 1912 ng/l

# Coronaires lisses Ventriculographie



# Types de TT

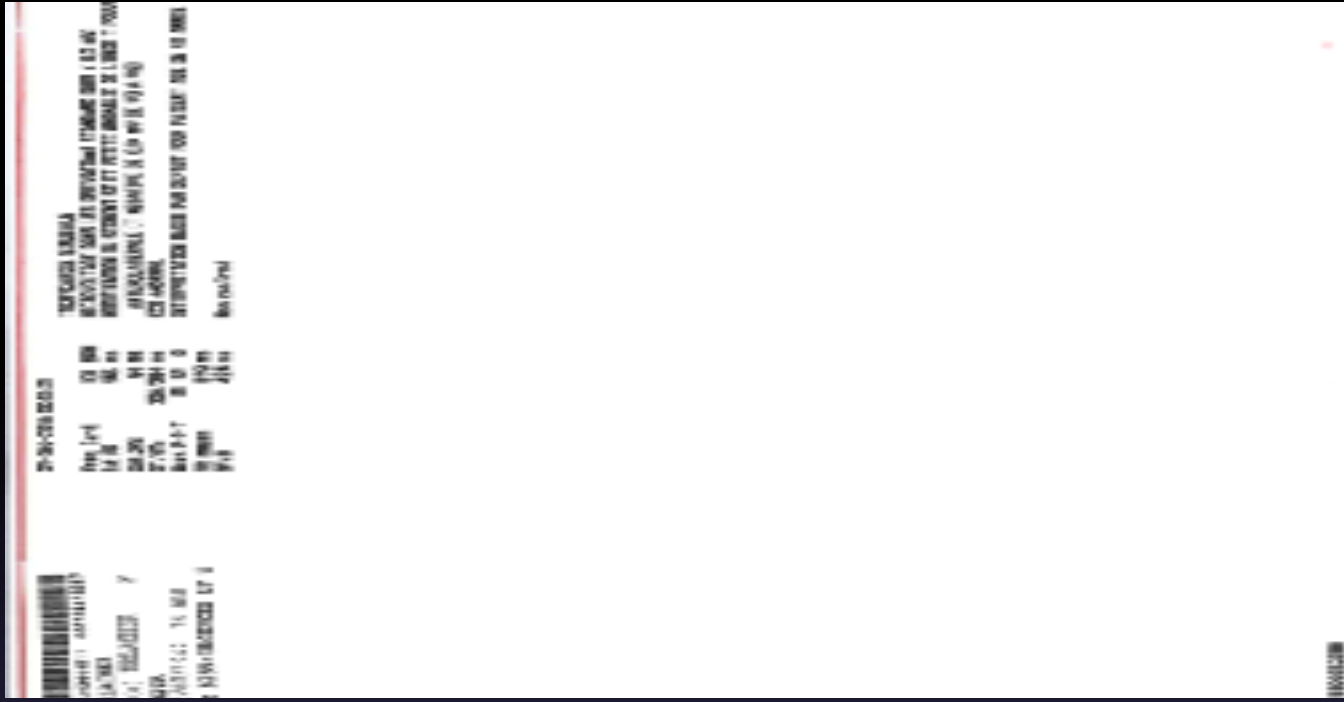


# Cas clinique 3

## Mme ERL, 74 ans

- Dyspnée crescendo depuis 5 jours + oppression thoracique
- Tabagisme actif 30 PA
- 160 cm et 45 kg
- Emphysème

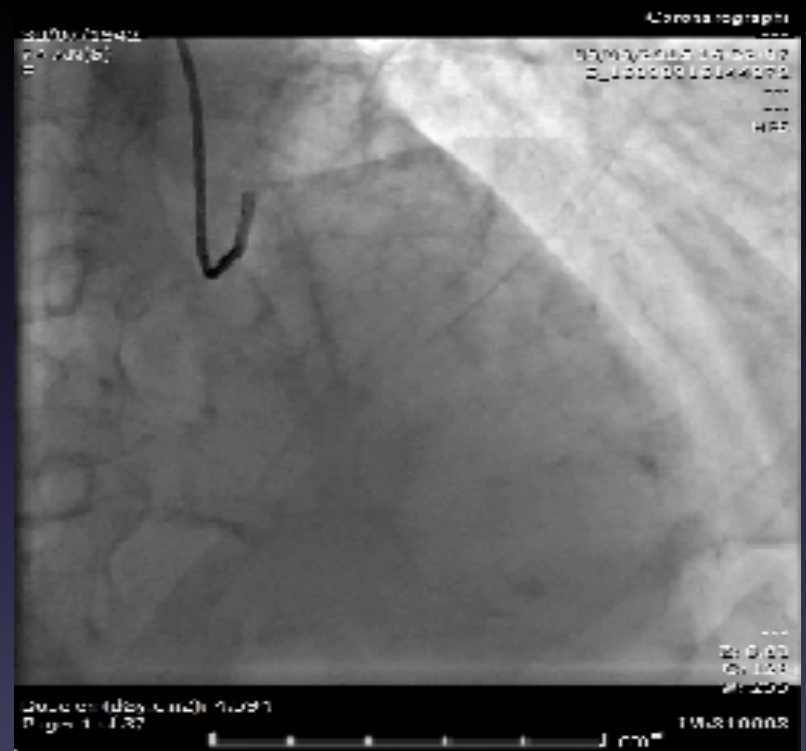


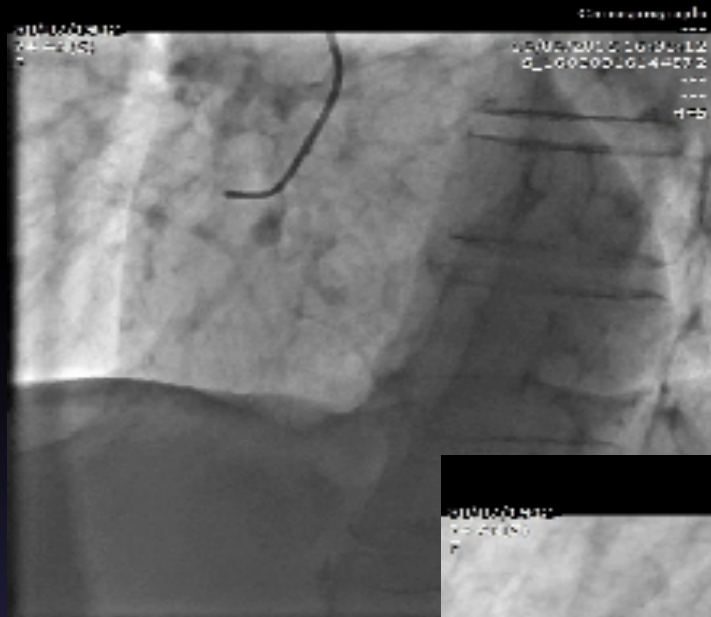


- Troponin = 1,32
- NT-proBNP = 5835

- FEVG conservée
- Large akinésie apicale
- Hyperkinésie segments basaux
- élévation des PRVG
- Bon VD

# Coronarographie JI





Dose en (dDy.cm2): 2,052  
Date: 1 / 7 / 42



(dDy.cm2): 5,324  
30/07/1942  
7 4 40

30/07/1942  
7 4 40

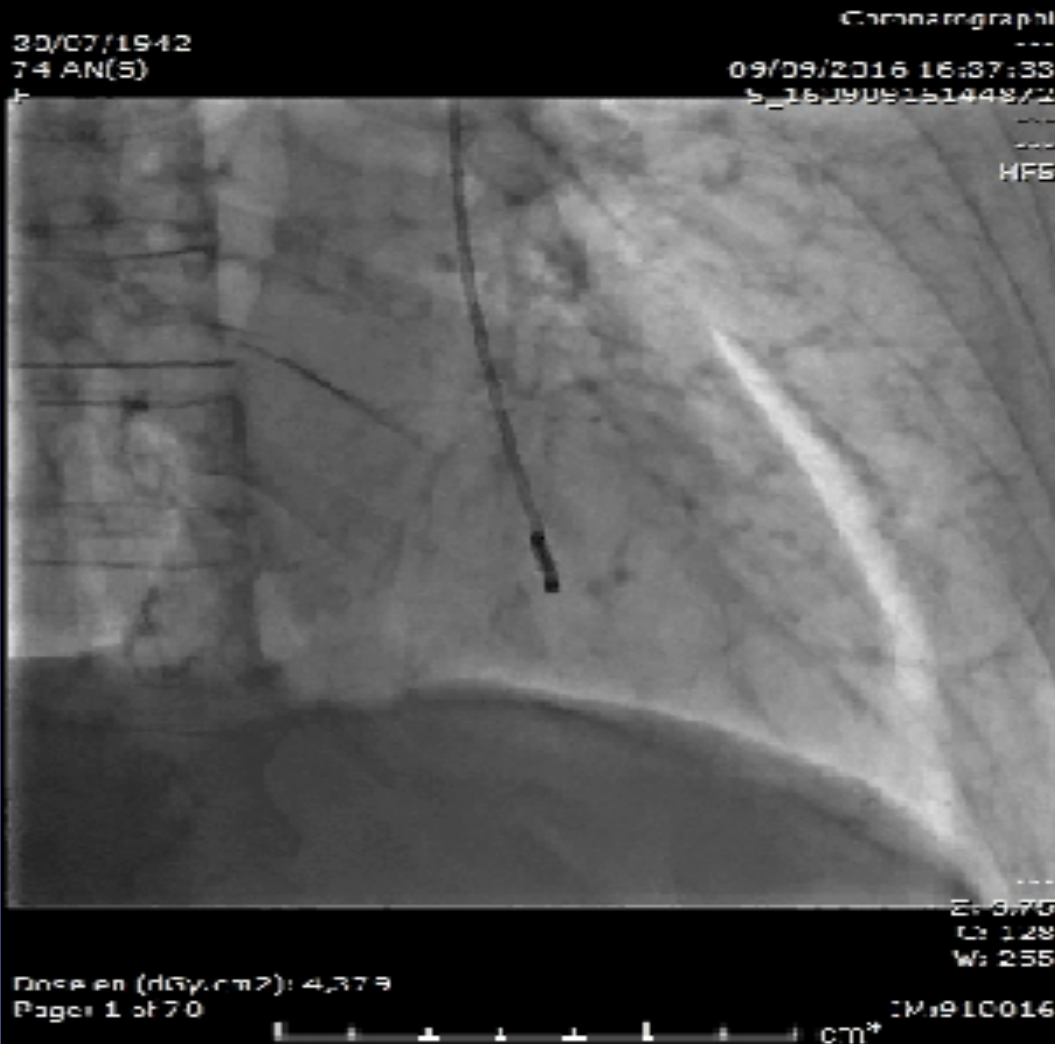
Coronarographie  
---  
---  
---  
---  
---  
---

30/07/1942  
7 4 40

Coronarographie  
---  
---  
---  
---  
---  
---

Dose en (dDy.cm2): 2,210  
Date: 1 / 7 / 42

# Ventriculographie

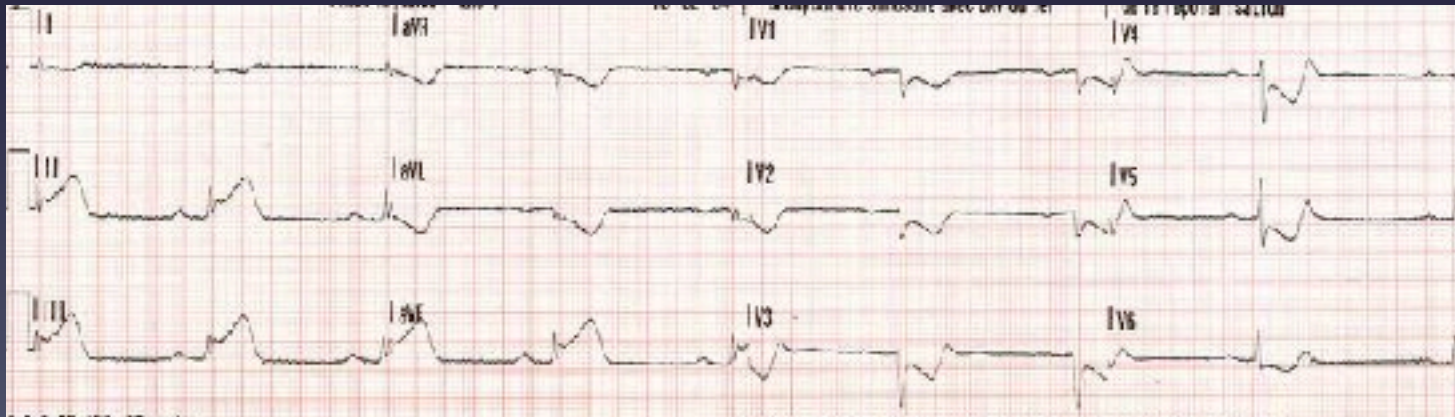


# ECG J1

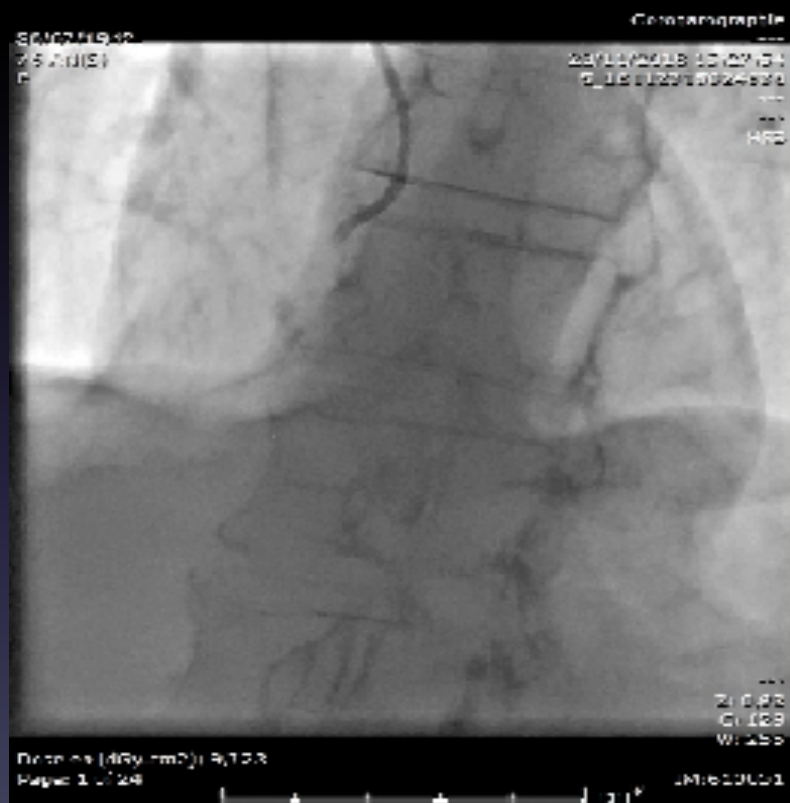


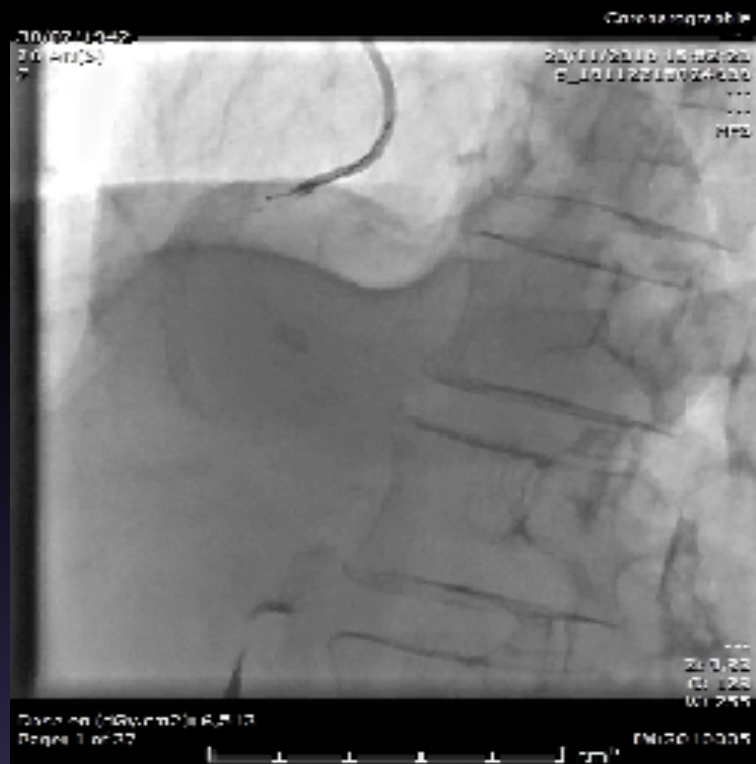
# 2 ans plus tard ...

- Douleur thoracique et dyspnée brutale
- Tabagisme sévère
- Kardegic 75 – Bisocor 2,5 – Ramipril 2,5 – Pravastatine 10



# H + 2





TROPO = 17

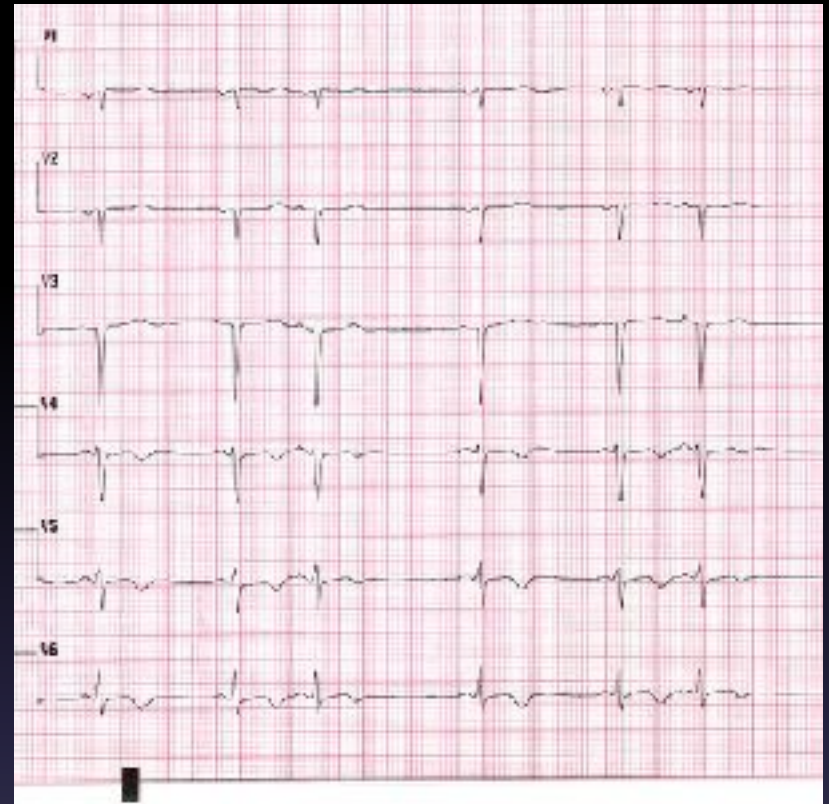




# Cas clinique 4

## Mme KUH, 61 ans

- Douleur thoracique depuis 10 jours et dyspnée d'effort
- Après un tango
- Thyroïdite, hystérectomie, anxiété généralisée
- Stilnox – Lexomil si besoin

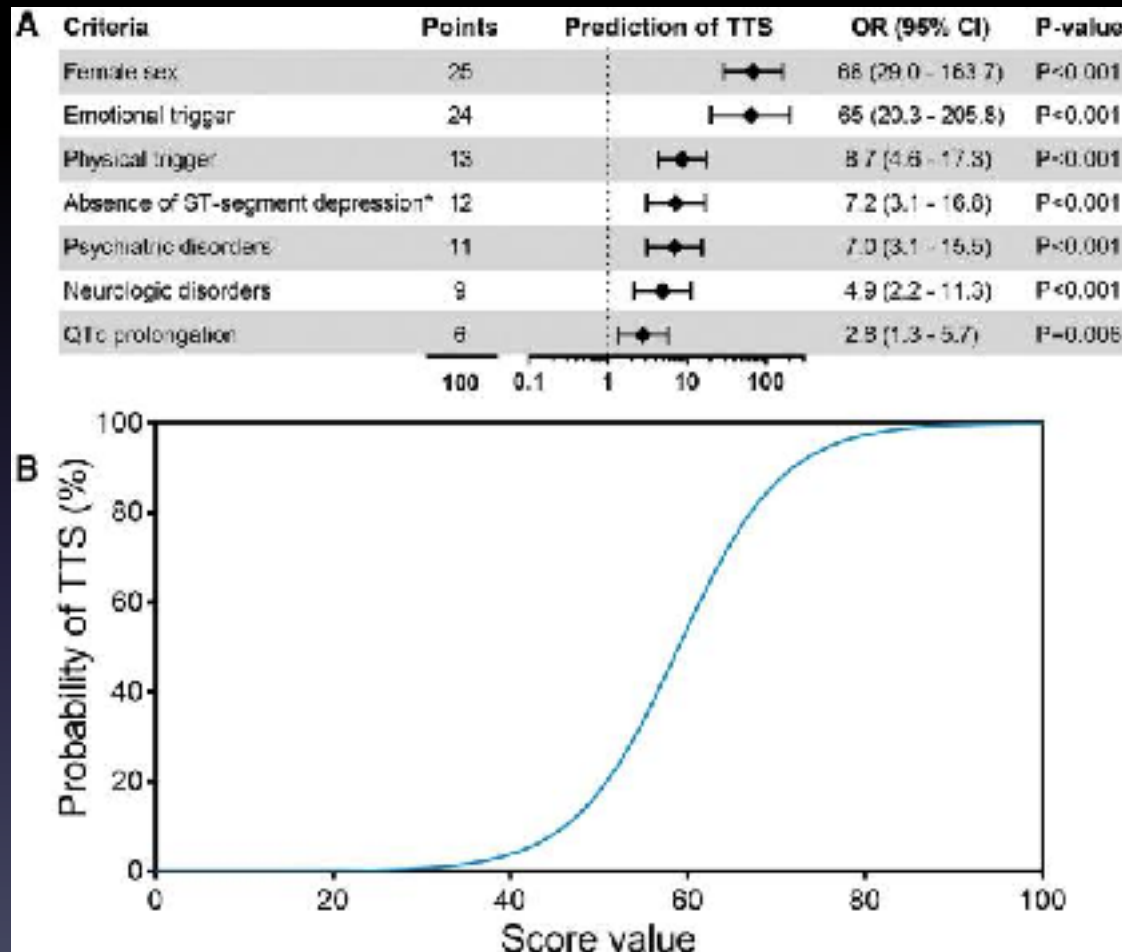


Tropo = 0,095

NT-proBNP = 1060

ETT :TT apical

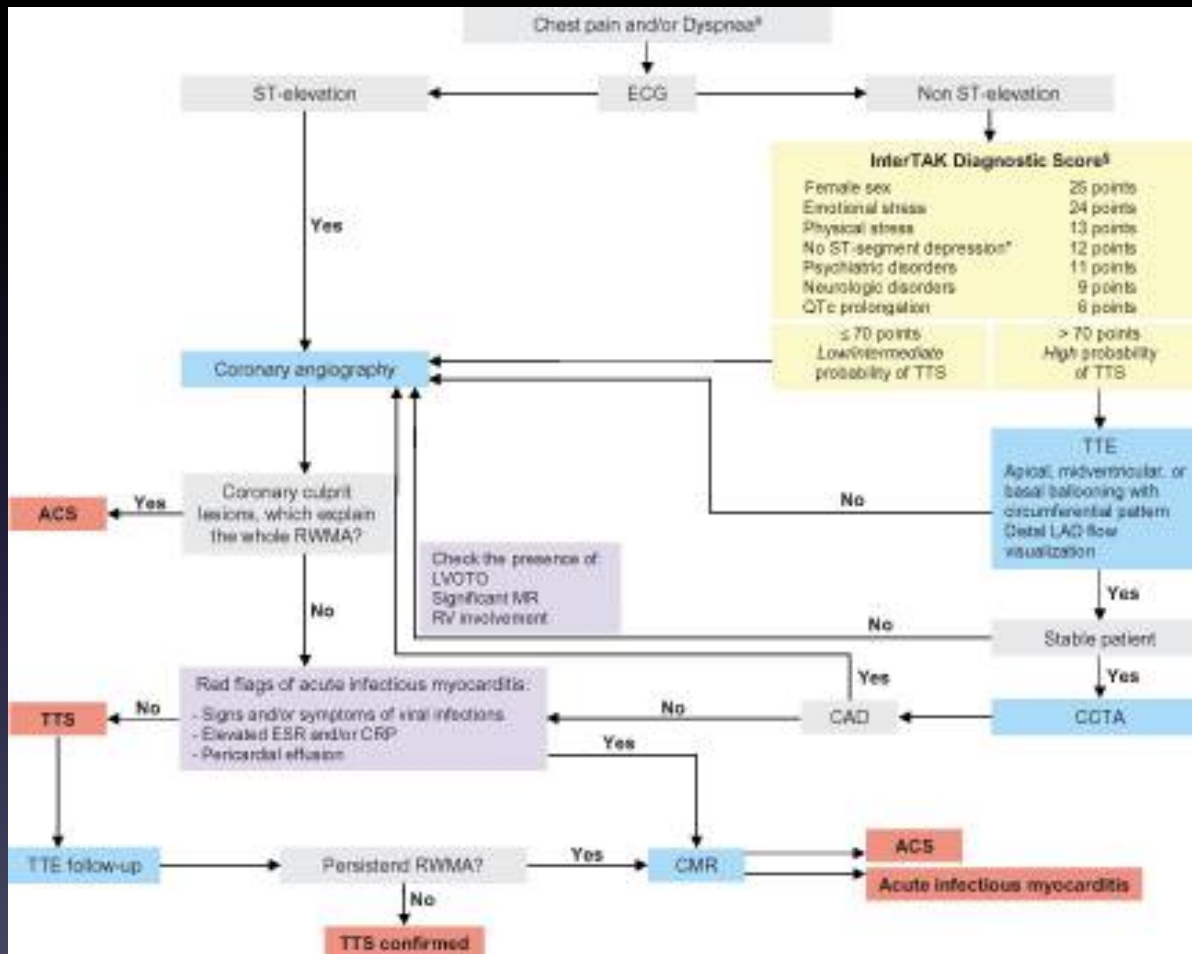
# Score diagnostique interTAK



# Score interTAK

- 78 points → 96,3% probabilité TT

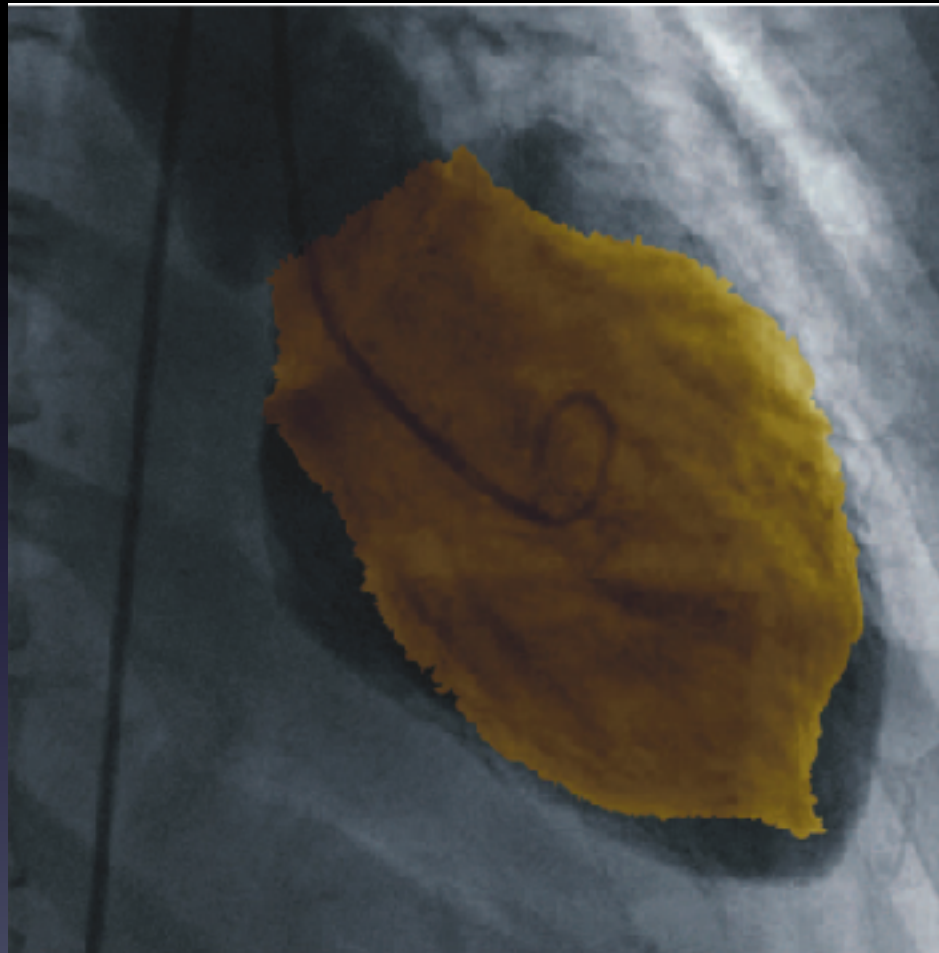
# Algorithme diagnostique



# Coronaires lisses Ventriculographie

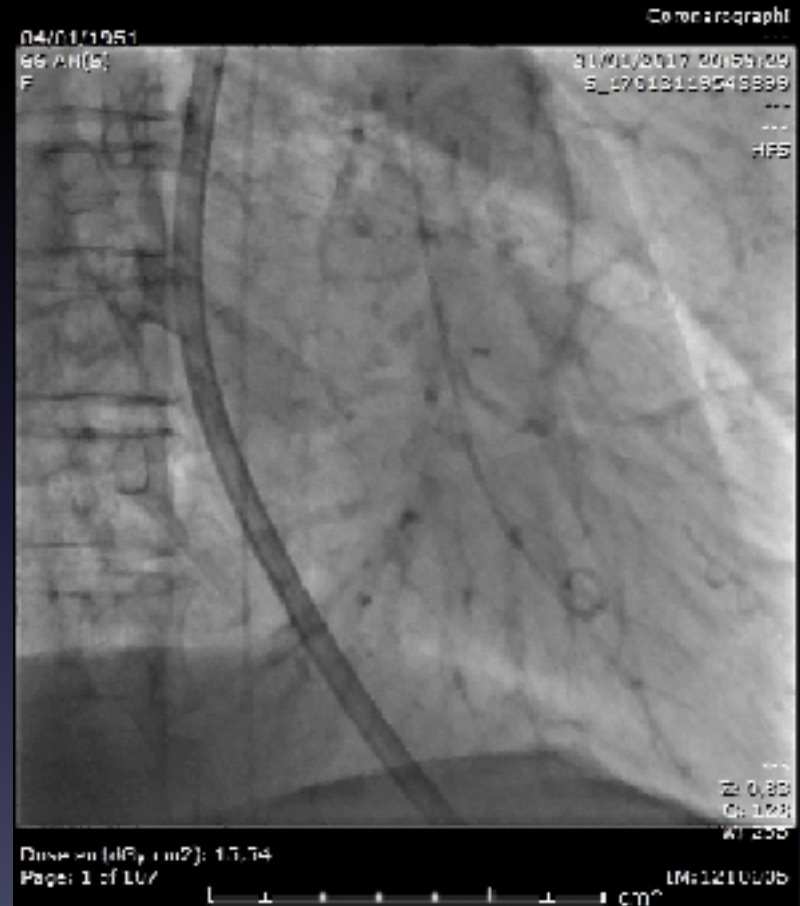


# *Apical nipple sign*



# Pronostic

- Pas si bénin
- Complications phase aigue :  
50% cas
- Mortalité hospitalière :4-5%  
(idem STEMI)
- MACE et évènements neuro  
: 9,9% / an





# In-hospital Complications

## Frequent

Acute heart failure (12-45%)  
LVOTO (10-25%)  
Mitral regurgitation (14-25%)  
Cardiogenic shock (6-20%)

## Moderate

Atrial fibrillation (5-15%)  
LV-thrombus (2-8%)  
Cardiac arrest (4-6%)  
AV-block ~5%

## Rare

Tachyarrhythmia (2-5%)  
Bradyarrhythmia (2-5%)  
Torsades-de-pointes (2-5%)  
Death (1-4.5%)  
Ventricular tachycardia/fibrillation ~3%  
Acute ventricular septal defect <1%

# Cas clinique 5

## Mme PHI. 46 ans

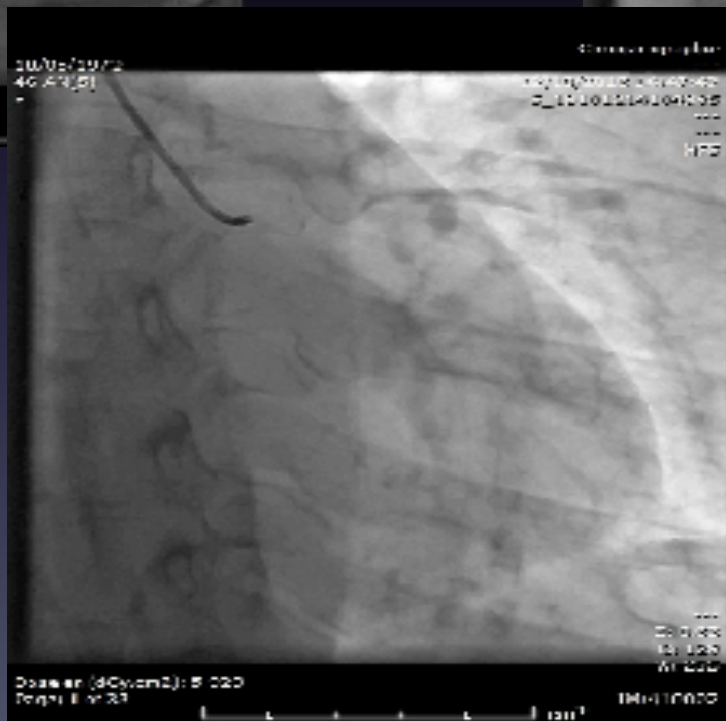
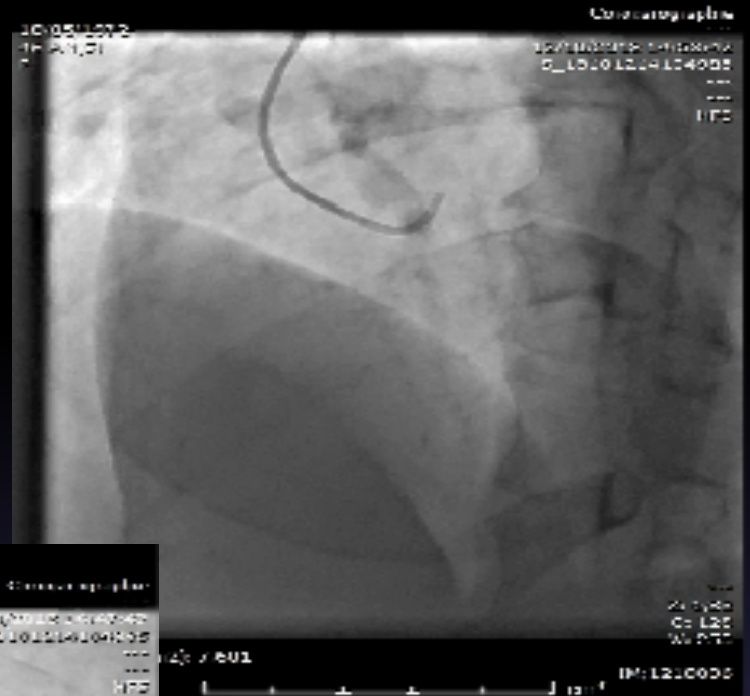
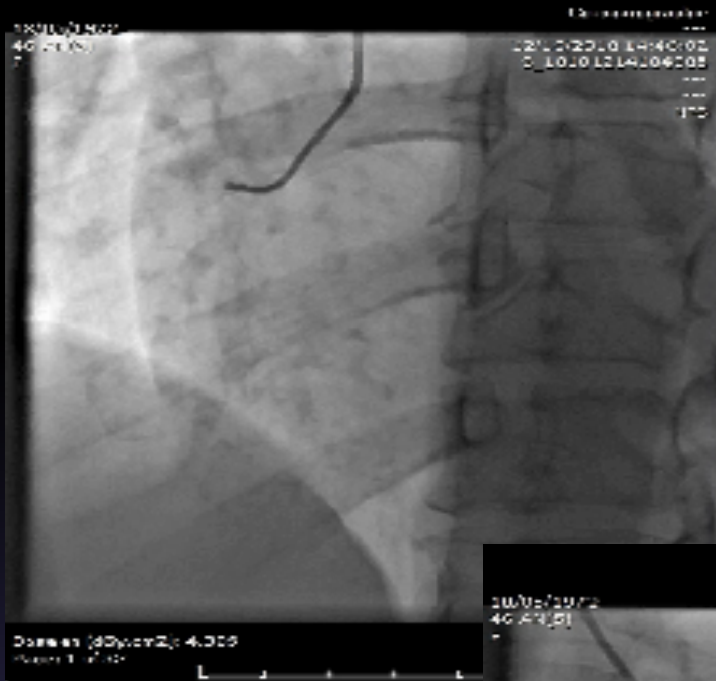
- Adressée au SAU par son médecin pour dyspnée et douleur thoracique
- HTA traitée depuis 5 ans, difficile à équilibrer; diabète 2 traité depuis 2 ans
- Depuis 3 mois, nausées tous les matins
- 15 jours auparavant, douleur thoracique intense avec nausées durant 1 heure. Depuis, asthénie et dyspnée d'effort avec gêne thoracique



# Echographie cardiaque

- CMH avec paroi antéro-septale 19 mm
- Pas de gradient intra-VG
- Pas de troubles de la cinétique segmentaire

11



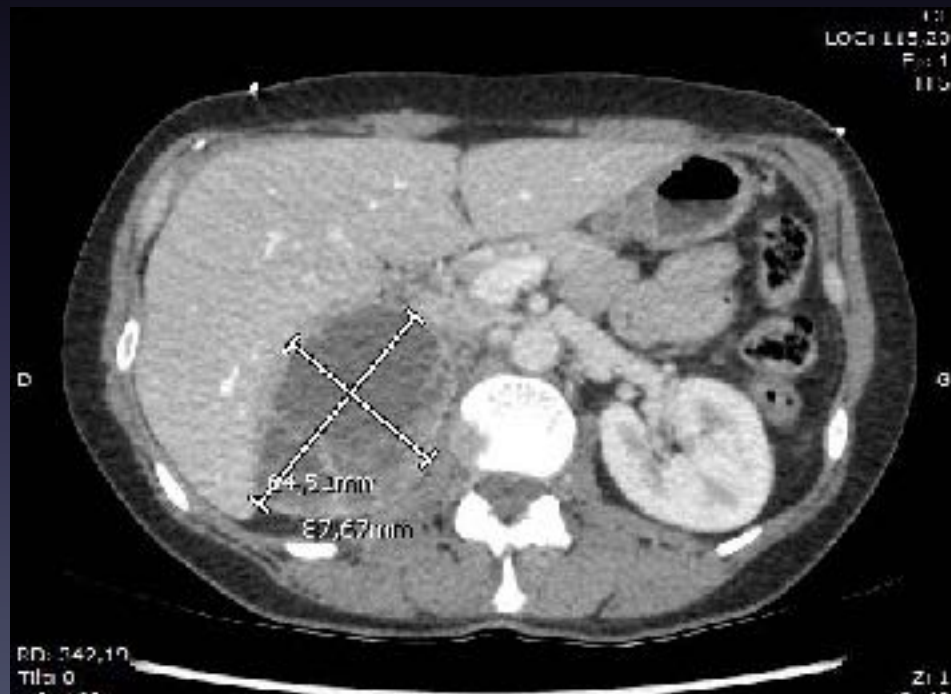
# Evolution

- Introduction bêta-bloquant pour CMH
- Persistance de douleurs thoraciques
- Poussées hypertensives (PAS = 200 mmHg) et céphalées

 11-20-2018 09:44 11-20-2018 09:44	<p>           REMPLISSEZ CE BILAN AU COURS            DES EXAMENS. NE PAS            REMPLIR LES CHAMPS S'ILS NE SONT PAS            CONCERNÉS.         </p> <p>           SEXE: M/F      AGE:      ANS            TAILLE:      CM      POIDS:      KG            DATE DE NAISSANCE:      ANS      MOIS      JOURS         </p> <p>           TITRE:      ANS      LIEU:      DEPT:      COTE:      PAYS:         </p> <p>           DERNIER EXAMEN:      ANS      MOIS      JOURS            TYPE D'EXAMEN:      N° D'IDENTIFICATION:         </p> <p>           N° D'ORDRE:      N° D'INVOICE:         </p> <p>           N° DE LA BÉTAINE:      N° DE LA BÉTAINE:         </p> <p>           N° DE LA BÉTAINE:      N° DE LA BÉTAINE:         </p>	
---	---	---

- Bio : tropo stable 0,3
- Echo J3 : aspect de TT avec ballonisation apicale

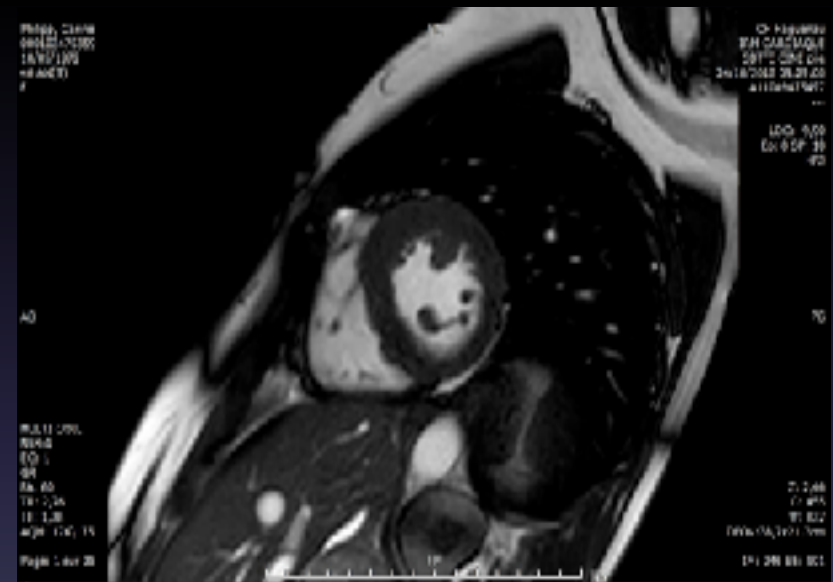
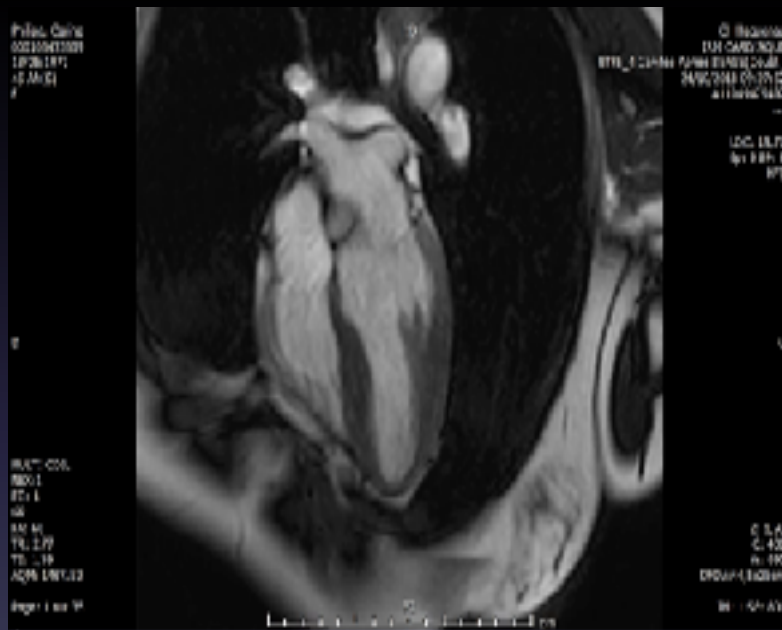
référence







# IRM J12



# Conclusion

- Rare
- Longtemps méconnu, la connaissance croissante du TT le classe actuellement parmi les principaux diagnostics différentiels des SCA
- TT : 5-6% STEMI et 8-10% chez femme
- Probablement sous-estimé : évolution critères diagnostiques élargis (TT associés aux SCA, phéochromocytomes, pathologies neurologiques aiguës...)
- Sous-diagnostiqué (cancers ...)
- Protéiforme
- Physiopathologie complexe
- Pronostic pas si bénin ...

