

Enoncé :

Mr Y., 58 ans, est hospitalisé en urgence pour état de choc. L'interrogatoire retrouve la notion de douleurs médio-thoraciques évoluant depuis quelques jours.

Dans ces antécédents, vous relevez :

- un tabagisme actif évalué à 50 PA

L'examen à son arrivée retrouve :

- un patient dyspnéique, en position demi-assise, penché vers l'avant
- une cyanose des extrémités
- une tachycardie à 120/min
- une tension artérielle à 80/60 mmHG
- une température à 37.3°C
- une turgescence jugulaire avec reflux hépato-jugulaire, une hépatomégalie douloureuse
- une auscultation cardiaque et pulmonaire normale

L'ECG retrouve un micro-voltage diffus, sans anomalie de la repolarisation.

La RP objective un index cardio-thoracique à 0.7 avec rectitude des bords du coeur, des cils de sac costo-diaphragmatiques libres, une opacité juxtahilaire unilatérale dense et homogène avec une limite externe irrégulière en pince de crabe.

1. Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez.
2. Quel signe électrocardiographique très évocateur est à rechercher ?
3. Quel examen complémentaire affirme le diagnostic ? Que montre-t-il ?
4. Quelles seraient les données hémodynamiques d'un cathétérisme cardiaque droit s'il était réalisé ?
5. Quel traitement symptomatique débutez-vous ?

L'état du patient va brutalement se dégrader avec survenue d'un arrêt cardio-circulatoire par dissociation électro-mécanique.

6. Donnez la définition du terme "dissociation électro-mécanique".
7. Décrivez votre attitude thérapeutique.

L'évolution initiale du patient après traitement sera favorable, vous allez instaurer le bilan étiologique.

8. Quel examen va vous permettre d'affirmer le diagnostic étiologique ?
9. Le bilan d'extension conclut à un stade T2 N2 M1, quelle en est la signification et quel est le stade ?

Réponses :

1. Tamponnade d'origine néoplasique secondaire à un cancer broncho-pulmonaire :
 - terrain : tabagisme actif important
 - clinique : état de choc, défaillance ventriculaire droite aiguë isolée
 - ECG : microvoltage
 - RP : cardiomégalie, cils de sacs libres, opacité juxtahilaire unilatérale
2. Alternance électrique : variation de l'amplitude, de la morphologie et de l'axe du QRS entre 2 complexes (par mouvements pendulaires du cœur dans le péricarde)
3. Echocardiographie Doppler transthoracique au lit du patient en urgence recherchant :
 - en Bidimensionnel : - variation des dimensions ventriculaires droites et gauches en sens opposé lors de la respiration ; "swinging heart" ; aplatissement de la paroi ventriculaire droite et auriculaire droite pendant la diastole
 - en TM : décollement péricardique circonférentiel systolodiastolique
4. Adiastralie = égalisation des pressions diastoliques OD-VD-AP-CP-VG
Aspect de "dip-plateau" au niveau de la courbe de pression ventriculaire droite, avec plateau > ou = à 30% de la pression systolique
5. Mise en condition :
hospitalisation en urgence enUSIC, voie veineuse, repos au lit, position demi-assise, scope, Dinamap, saturomètre, O2 nasal

Traitement symptomatique :

- remplissage : PLASMION (500cc/min, puis 100 à 500cc/24H)
- inotropes positifs : DOBUTREX (débuter à 5 γ /kg/min, jusqu'à 20 γ /kg/min)

Surveillance :

- clinique
- paraclinique
- ECG, RP 1/j

6. Présence d'une activité cardiaque électrique, sans activité cardiaque myocardique.
7. Traitement symptomatique :
 - réanimation cardio-pulmonaire :
 - . liberté des voies aériennes, tête en hyperextension, subluxation de la mandibule
 - . ventilation artificielle : au ballon, puis intubation trachéale dès que possible
 - . massage cardiaque externe : séquence 15 compressions/2 insufflations
 - traitement adapté à l'ECG : ADRENALINE (1 à 2 mg/3min) jusqu'à reprise d'une activité cardiaque

Traitement étiologique :

- ponction péricardique écho-guidée en urgence par voie sous xiphoidien
- puis drainage péricardique chirurgical en urgence (permet biopsies et péricardocentèse complète, étude du prélèvement en biochimie, cyto bactériologie et anathomopathologie)

Surveillance :

- clinique : II, TA, T°, FR, diurèse, quantité de liquide de drainage
- paraclinique : NFS, BES, créatinémie, hémostase
- ECG, RP, ETT avant retrait du drain

8. Diagnostic histologique qui repose sur la fibroscopie bronchique après bilan d'hémostase.
Apprécie l'aspect macroscopique d'une lésion proximale (bourgeon endoluminal, sténose ou compression extrinsèque).

Permet de mesurer la distance séparant la lésion de la carène.

Permet la biopsie de la lésion, des éperons et de la carène.

9. T2 : cancer dont la plus grande dimension est supérieure à 3 cm et qui est situé à plus de 2cm de la carène.

N2 : atteinte ganglionnaire médiastinale homolatérale ou sous-carinaire.

M1 : métastase péricardique

Il s'agit d'un cancer de stade IV.