

de FA inaugurales, 63,5 % de FA anciennes réparties en 37,6 % de FA récidivantes et 25,9 % de FA permanentes. Les antécédents sont représentés par l'HTA (55,3 %), le diabète de type II (18,8 %), la cardiopathie ischémique (18,8 %), l'insuffisance cardiaque (14,1 %), les dysthyroïdies (4,7 %), les valvulopathies mitrales (4,7 %). La symptomatologie est dominée par la dyspnée (42,3 %), les palpitations (41,2 %), les précordialgies (30,6 %), les lipothymies (24,7 %). À l'admission, 35,3 % des patients sont sous AVK et 64,7 % non anticoagulés. Parmi ces derniers, 32,7 % sont exclus de l'anticoagulation sans évaluation du risque thrombo-embolique ou contre-indication. 56,5 % des patients ont reçu un antiarythmique ou un ralentisseur de la fréquence cardiaque et pour une grande majorité de l'amiodarone (43,5 %), du diltiazem (10,6 %), de la digoxine (10,6 %) et des bêta-bloquants (4,7 %). La totalité des patients sont hospitalisés avec une durée moyenne de 8,4 jours.

Conclusion.— Arythmie cardiaque, de loin la plus commune, toute FA, étant donné son haut potentiel de complications et sa fréquente association à une cardiopathie sous-jacente, justifie une prise en charge respectant les recommandations 2006 de l'ACC/AHA/ESC et 2007 de l'HAS. Il est nécessaire d'évaluer aux urgences le risque thrombo-embolique et le terrain cardiologique pour mettre en place un traitement adapté. Le score Chads 2 pourrait être utilisé dans cette stratégie.

doi: 10.1016/j.jeur.2009.03.089

201

Utilisation du diltiazem dans la maladie de Bouveret

M. Khalid, P. Jabre, L. Lepage, C. Penet, C. Jaulin, A. Margenet, J. Marty, X. Combes

Samu 94, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

Adresse e-mail : m.doc5@yahoo.fr

Mots clés : Tachycardie ; Traitement ; Smur

Introduction.— La maladie de Bouveret (MB) est une pathologie fréquente en médecine d'urgence dont la prise en charge ne répond à aucun protocole précis. L'intérêt du diltiazem (Tildiem[®]), utilisé depuis quelques années, est peu évalué dans la littérature.

Objectif.— Évaluer l'efficacité et la tolérance du diltiazem dans la prise en charge de la MB.

Matériel et méthode.— Sur 22 mois, un recueil prospectif observationnel monocentrique sur la prise en charge des MB au Smur a été mis en place. Les données sociodémographiques et cliniques des patients ayant bénéficié d'une injection de diltiazem, les résultats (réduction ou échec), les effets secondaires ainsi qu'une échelle visuelle analogique évaluant le ressenti du patient (ERP) allant de 0 à 10 (10 : perception très désagréable du traitement) ont été colligés. Les résultats sont présentés sous forme de moyenne \pm DS ou médiane (quartiles) pour les variables quantitatives et n (%) pour les variables qualitatives.

Résultats.— Cinquante-neuf patients dont l'âge médian est de 46 ans (35–71) avec un sex-ratio de 48 F/11 H ont été inclus. Trente-six patients (61 %) ont bénéficié en première intention avant injection de diltiazem, d'une tentative de réduction par manœuvres vagales (MV) se répartissant ainsi : 29 (49 %) pour la manœuvre de Valsalva, 25 (42 %) pour l'eau froide, 13 (22 %) pour le massage sinocarotidien et 10 (17 %) pour la compression des globes oculaires. En l'absence de tentative de MV ou après échec de MV, un traitement par diltiazem IV a été tenté avec un taux de succès de 88 %, 7 échecs ont été enregistrés. La dose moyenne de diltiazem utilisée est de 20 ± 9 mg en titration : par bolus dans 93 % des cas ou à la seringue électrique sur une durée moyenne de 8 ± 4 minutes dans 7 % des cas. Aucun effet secondaire n'a été noté hormis une hypotension artérielle, rapidement résolutive après remplissage. Les échecs de réduction par diltiazem ont conduit à l'utilisation avec succès de

Striadyne[®] en IVD. Le ressenti du patient a été vécu comme peu désagréable en cas de réduction avec le Tildiem[®] (ERP médian = 1 [0–2]) contrairement à celui observé après échec du Tildiem[®] et recours à la Striadyne (ERP médian = 7 [1–9]).

Conclusion.— Le diltiazem par voie intraveineuse en titration semble être un médicament très efficace et sûr dans la gestion aiguë des tachycardies supraventriculaires de type Bouveret, induisant peu d'effets secondaires et une très bonne tolérance du patient.

doi: 10.1016/j.jeur.2009.03.090

202

Le syndrome de Tako Tsubo, une cardiomyopathie rare mais à ne pas méconnaître

E. Montassier^a, J.-P. Gueffet^b, G. Potel^a

^a Service d'accueil des urgences, hôpital Hôtel-Dieu, Nantes, France

^b Service de cardiologie, hôpital Laennec, Nantes, France

Adresse e-mail : lemonlia@yahoo.com

Mots clés : Syndrome de Tako Tsubo ; Syndrome coronarien aigu ; Échocardiographie

Introduction.— Le syndrome de Tako-Tsubo (STT) mime un syndrome coronarien aigu (SCA) : une douleur thoracique aiguë associée à des troubles de la repolarisation et à une élévation modérée des enzymes cardiaques. Cependant, la coronarographie retrouve des coronaires saines et ce sont l'échocardiographie et la ventriculographie qui mettent en évidence l'anomalie typique de ce syndrome, à savoir une ballonnisation apicale transitoire du ventricule gauche due à une akinésie antéroapicale. La stratégie de prise en charge du STT doit être optimisée afin d'éviter d'exposer ces patients à certaines thérapeutiques inappropriées et à risque de complications graves.

Méthode.— Étude rétrospective sur 15 patients ayant présenté un STT et pris en charge au CHU de Nantes.

Résultats.— Sur les 15 patients, tous avait une présentation typique de SCA. Il s'agissait de 14 femmes et d'un homme dont l'âge moyen était de 66 ans. Dans tous les cas, un facteur déclenchant a pu être mis en évidence en rapport avec un stress intense. L'évolution a toujours été favorable sans aucun décès, même si à la phase aiguë, des complications graves sont survenues (choc cardiogénique, fibrillation ventriculaire). L'atteinte de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) est sévère (en moyenne 20 %), une récupération complète est toujours retrouvée avec une FEVG évaluée à 60 % à 3 semaines. Trois patients ont été thrombolysés à tort, sans complication hémorragique.

Discussion.— Le STT est une cardiomyopathie rare (0,1 à 4,9 % des SCA). Il survient le plus souvent chez des femmes ménopausées, toujours dans un contexte de stress intense physique ou émotionnel. L'échocardiographie met en évidence l'anomalie typique du STT déformant le ventricule gauche en télésystole : akinésie des portions apicales contrastant avec une hyperkinésie des portions basales. Dans tous les cas, l'obstruction coronarienne n'est pas en cause mais à la prise en charge initiale, aucune caractéristique ne permet d'en faire le diagnostic si bien que ces patients peuvent être exposés à des thérapeutiques inappropriés, comme la thrombolyse à haut risque de complications, notamment hémorragiques, dans cette population féminine âgée.

Conclusion.— Le STT est une cardiomyopathie de stress à coronaires saines. Ainsi, en préhospitalier ou aux urgences, lorsque la présentation est évocatrice d'un STT, l'exploration coronarographique devra être préférée à la thrombolyse.

doi: 10.1016/j.jeur.2009.03.091