



Poster N°: 1088

LA MYOCARDITE AIGUE : A PROPOS DE 45 CAS

Ben Kahla.N 2,
Korbsi.B 2, Ben
Salah.CH 1, Ammar.Y 2

1 : Groupement de santé
de base de Nabeul,
2 : Service des
Urgences-SMUR CHU
Maamouri Nabeul



Global Events
& Training Solutions
www.ipgets.tn

Introduction

La myocardite est une affection inflammatoire du myocarde dont le tableau clinique est variable, allant d'une anomalie électrique asymptomatique, à une défaillance cardiaque fulminante, en passant par des manifestations cliniques d'un infarctus de myocarde. Il n'existe pas de données épidémiologiques exactes sur la myocardite, car les critères cliniques, électriques et échographiques ne sont pas spécifiques.

Le but de notre étude est de déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques et paracliniques

Patients et méthodes

Etude épidémiologique rétrospective incluant 45 patients admis par les biais des urgences au service de cardiologie pour myocardite aigue. Le diagnostic de myocardite est retenu sur des critères cliniques, des anomalies électriques, un syndrome inflammatoire biologique, des troponines positives et les données de l'imagerie.

Résultats

Epidémiologie: L'âge moyen de nos patients était de 27,5 ans (extrême : 17 à 42 ans), avec une exclusivité masculine. 100% de nos patients n'avaient aucun ATCDS (en dehors du tabagisme dans 67% des cas).

Examen clinique: Le motif de consultation était exclusivement des douleurs thoraciques (100% des cas), avec un délai moyen entre l'apparition de la douleur et la consultation à nos urgences de 54,4h (extrême : 2h à 15j).

L'examen clinique avait objectivé

Symptômes	N	%
Fièvre	24	53,3
Tachycardie	15	33,3
EDC	6	13,3

Examens complémentaires

Examens complément	N	%
ECG		
- Tr repolarisation	24	53,3
- Normal	21	46,7
Biologie		
- SIB	24	53,3
- Troponine +	42	93,3
- Autres Anlie enzymatique.	30	66,7
ETT Normale	39	86,7
Coronarographie pratiquée	20	44,4
Anomalie de l'IRM	18	40

Traitement et évolution

Tous nos patients ont reçu initialement un traitement Basic, rectifié après 24 heures. Le recours aux inotropes positives était dans 13,3% des cas en présence d'un choc cardiogénique. L'évolution était favorable pratiquement dans tous les cas avec un recul moyen de 6 mois.

Discussion

Le tableau clinique au cours de la myocardite est variable, allant des formes asymptomatiques à l'ICA.

Dans notre série, la symptomatologie était similaire à un IDM dans 93,3%. En effet, la douleur thoracique était le principal motif de consultation. Les troubles de la repolarisation étaient retrouvés chez 53,3% de nos patients, associés à une élévation des enzymes cardiaques dans 93,3%.

Les patients chez lesquels une myocardite est suspectée sur des données clinico-anamnestiques, en particulier en cas de survenue de douleur thoracique ou d'autres signes cliniques d'IDM, mis à part l'examen clinique, l'ECG, le dosage des enzymes cardiaques et la radiographie de thorax, il convient de réaliser une échographie cardiaque. C'est un examen de première intention permettant d'évaluer la fraction d'éjection VG, de mettre en évidence une anomalie de la cinétique segmentaire, de rechercher une dysfonction VD ou un épanchement péricardique associé.

En cas de suspicion clinique d'un SCA, une coronarographie est indiquée. Elle était pratiquée chez 44,4% de nos patients et elle était normale.

Dans notre étude, le diagnostic de myocardite est posé devant la présence d'une symptomatologie cardiaque faisant suite à une infection virale (73,3%), chez un sujet jeune de sexe masculin, n'ayant pas de facteurs de risque CV, l'évolution électrique sans Q de nécrose avec élévation des enzymes cardiaques (93,3%). L'échographie cardiaque et la coronarographie ont permis d'éliminer un IDM.

A l'heure actuelle, l'IRM est probablement la méthode non invasive la plus fiable pour poser le diagnostic. Celle-ci était réalisée dans 40% des cas.

Conclusions

La myocardite aigue touche essentiellement le sujet jeune de sexe masculin, n'ayant pas des facteurs de risque CV.

Le tableau clinique ainsi que les signes électriques peuvent simuler un IDM à sa phase aigue.

Les données échographiques ainsi que coronarographiques permettent de les différencier.

A l'heure actuelle, l'IRM reste l'examen non invasif le plus fiable pour confirmer le diagnostic.