



Cas Clinique

Syndrôme Coronarien Aigu chez une Patiente Souffrant de Maladie de Crohn

Acute coronary syndrome in a patient with Crohn's disease

S.Mariko^{1,4}, S. Sidibé², M.Konaté³, I.Dollo⁴, F. Traoré⁴, N.Tolo⁴, K.Kantako¹, B.Traoré¹, N.Diallo², A.Kodio⁵, A.K. Sacko², S.Coulibaly², I.B.Diall², I.Menta⁶, A.Guindo⁴

1. Service de Cardiologie, Hôpital de Tombouctou, Mali
2. Service de Cardiologie du CHU du Point Bamako, Mali
3. Service de Médecine Hôpital du Mali, Bamako, Mali
4. Polyclinique Guindo, Bamako, Mali
5. Service de Cardiologie Hôpital de Ségou, Mali
6. Service de Cardiologie CHU Gabriel TOURE, Bamako, Mali

Correspondance : Dr Souleymane Mariko

Hôpital de Tombouctou- Mali

Tél : 00223(76239635/69510454)

Mail : souleymanemariko@yahoo.fr

Mots clés : Maladie de Crohn, infarctus du Myocarde

Keywords: Crohn's disease, Myocardial infarction

RÉSUMÉ

La maladie de Crohn est grevée d'un risque cardiovasculaire accru d'événements ischémiques. Nous rapportons un cas d'infarctus du myocarde chez une patiente de 43 ans souffrant d'une maladie de Crohn, admise pour douleurs retro-sternales constrictives. L'électrocardiogramme avait objectivé un sus décalage du segment ST en antéro-septo-apical (V1-V2-V3-V4). L'échographie cardiaque trans-thoracique a objectivé une akinésie apicale et une hypokinésie antérieure et septale avec une fraction d'éjection à 45%. Elle n'avait de syndrome inflammatoire biologique et le bilan lipidique était normal. La coronarographie a mis en évidence une sténose critique de l'artère interventriculaire antérieure segment I qui a été stentée.

ABSTRACT

Crohn's disease is associated with an increased cardiovascular risk of ischemic events. We report a case of myocardial infarction in a 43-year-old female patient with Crohn's disease admitted for constrictive retro-sternal pain. The electrocardiogram showed an elevation of the ST segment in the antero-septo-apical (V1-V2-V3-V4). Trans-thoracic cardiac ultrasound revealed apical akinesia and anterior and septal hypokinesia with an ejection fraction at 45%. She had no biological inflammatory syndrome and the lipid balance was normal. The coronary angiography revealed a critical stenosis of the anterior interventricular artery segment I which was stented.

INTRODUCTION

Le SCA est l'ensemble des manifestations cliniques et électriques liées à une ischémie myocardique aigue en rapport avec une obstruction plus ou moins complète d'une artère coronaire [1]. En France, avec une prévalence de 39,5%, l'IDM est le premier motif d'admission dans les unités de soins intensifs cardiologiques [2 ;3]. Il fait partie des principales causes de maladies non transmissibles dans les pays en développement les prochaines décennies [4]. Au Burkina Faso et au Mali sa létalité était estimée respectivement à 11,6% [5] et à 17,6% [6]. Les maladies auto-immunes dont la maladie de Crohn sont grevées d'un risque cardiovasculaire accru d'événements ischémique. Cette augmentation du risque cardiovasculaire semble être directement liée à l'inflammation chronique [7].

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique du tube digestif ; elle a une incidence entre 2 et 8 cas pour 100000 habitants en Europe occidentale[8]. En Afrique, deux (2) ont été rapportées cas à Dakar en 1988 et dix (10) cas au CHU de

Brazzaville entre 2004 et 2013 [9]. Au Mali, elle représentait 0,6% des coloproctites [10]. Nous rapportons un cas de SCA chez une patiente ayant une maladie de Crohn.

OBSERVATION MÉDICALE

Mme N.H. est une restauratrice de 43 ans, habitant Bamako qui a consulté pour une douleur épigastrique. Elle a comme antécédents une gastrite érythémateuse sous esomeprazole 20 mg par jour et une maladie de Crohn diagnostiquée en décembre 2017 à la polyclinique Guindo. Cette maladie de Crohn a été découverte suite à la survenue de douleurs abdominales diffuses associées à un trouble du transit à type de diarrhée. Elle est sous Mesalazine 1 gramme par jour. Elle n'a pas de facteurs de risque cardiovasculaire.



Image 1 : endoscopie digestive de la patiente objectivant des ulcérations en carte de géographie.



Image 2 : examen anatomo-pathologie de la pièce de biopsie intestinale, objectivant des granulomes épithélioïdes et géantocellulaires.

Le début de la symptomatologie remontait au 21 Novembre 2018 vers 18 heures par la survenue d'une douleur épigastrique transfixiante au repos associée à des vomissements de durée prolongée supérieure à deux heures, soulagée partiellement par l'oméprazole 40 mg et un anti acide. L'évolution a été marquée par une récurrence de la douleur épigastrique associée à une douleur retro-sternale constrictive au repos irradiant vers le cou le 22 Novembre 2018 à 4 heures du matin, non soulagées par l'oméprazole. Ce qui a motivé une consultation à 10 heures du matin à la polyclinique Guindo à la 6ème heure du début de la douleur.

L'examen clinique à l'admission trouvait une patiente ayant une douleur thoracique retro-sternale cotée à 8/10, non soulagée par la trinitrine en sublinguale, sans signes d'insuffisance cardiaque droite ou gauche. La palpation trouvait une sensibilité épigastrique. L'auscultation cardiaque trouvait des bruits du cœur réguliers avec une fréquence de 90 battements par minute, sans bruit surajouté. L'auscultation pleuro-pulmonaire était normale. La pression artérielle était à 110/70 mmhg. Le poids était à 54 kilogrammes pour une taille de 1,68 mètre.

L'électrocardiogramme (image 3) réalisé avait objectivé un rythme sinusal régulier à 94 cycles par minutes, des QRS fins, un axe du complexe QRS normal,

un espace PR à 200 ms, un sus décalage du segment ST englobant l'onde T dans le territoire antéro-septo-apical (V1-V2-V3-V4), une onde Q de nécrose dans le même territoire et une image en miroir du sus décalage en inférieur, sans trouble du rythme ni trouble de la conduction.

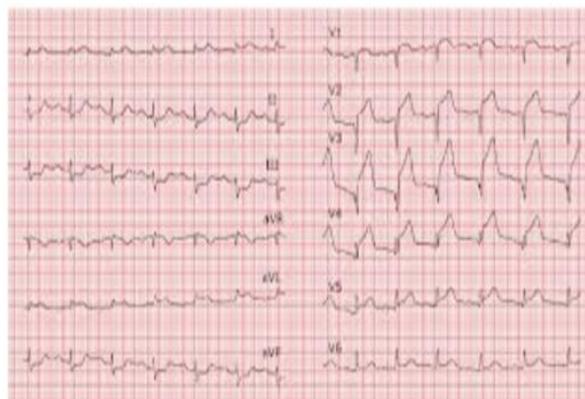


Image 3 : tracé électrocardiographique de la patiente, objectivant un sus décalage du segment ST englobant l'onde T en antéro-septo-apical, onde Q de nécrose avec image en miroir en inférieur.

L'échographie cardiaque transthoracique objectivait un ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié, avec un bourrelet septal sous aortique non obstructif de 15 mm 5 mm, une akinésie apicale et une hypokinésie antérieure et septale avec une FE à 45% au Simpson biplan, flux mitral de type de trouble de la relaxation, pas de valvulopathie significative, OG et cavités droites non dilatées, pas de thrombus intracavitaire, pas d'Hypertension artérielle pulmonaire ; péricarde sec.

A la biologie, la numération formule sanguine était normale, la CRP était négative, la troponine initiale était à 0,49ng/ml (norme du laboratoire inférieure à 0,30 ng/ml) le deuxième dosage de la troponine 4 heures plus tard était à 2,50 ng/ml, les CPK étaient positives à 700UI/L, le bilan lipidique était normal avec LDL à 0,65g/L, la glycémie était normale à 0,85g/L avec un taux d'hémoglobine glyquée normale à 4,5%, la Créatinémie était normale à 80 umol/L, la TSH était normale à 1,08 uUI/ml.

Devant le délai d'admission de la patiente, l'indication d'une revascularisation coronaire a été posée. Mais vu la non disponibilité de la coronarographie avec angioplastie en urgence, la patiente n'a pas pu bénéficier de la revascularisation immédiate.

Elle a reçu un traitement à base de : Enoxaparine 0,6 ml en sous-cutané par 12 heures, Clopidogrel 600mg en prise unique puis 75 mg par jour, aspirine 250 mg en IV puis 75 mg par jour, Bisoprolol 5 mg par jour ; Atorvastatine 20 mg par jour, Ramipril 2,5mg, tramadol injectable 100 mg par 8 heures, oméprazole 40 mg par jour et la surveillance scopique qui n'a pas objectivé de trouble du rythme ni de trouble de la conduction.

La patiente a été ensuite évacuée vers le Sénégal. Une coronarographie a été réalisée à Dakar le 24 Novembre 2018. Elle a mis en évidence une sténose critique de l'artère interventriculaire antérieure segment I (image 4) qui a fait l'objet d'une angioplastie avec mise en place d'un stent actif (image 5).



Image 4 : coronarographie de la patiente avec mise en évidence de la sténose de l'artère inter ventriculaire antérieure segment I.



Image 5 : coronarographie de la patiente après l'angioplastie et stenting de l'artère inter ventriculaire antérieure segment I.

Elle était rentrée à domicile 72 heures après la coronarographie angioplastie sous traitement associant : Ramipril 2,5 mg ; Bisoprolol 5mg ; Clopidogrel 75 mg ; Aspirine 75 mg ; Atorvastatine 20 mg et oméprazole 40 mg par jour.

DISCUSSION

Notre patiente a présenté son infarctus du myocarde dans la première année de suivi de la maladie de Crohn, ce qui était en accord avec les observations de la littérature notamment, FINCKH et al qui objectivaient un ratio standardisé des taux d'incidence de complication coronaire ischémique au cours de la première année de suivi de la maladie de Crohn de 2,22 [7].

Les maladies auto-immunes dont la maladie Crohn, sont grevées d'un risque cardiovasculaire accru d'événements ischémiques. Cette augmentation du risque cardiovasculaire semble être directement liée à l'inflammation chronique [7].

Notre patiente n'avait pas de facteur de risque cardiovasculaire et elle est jeune. La survenue d'une

cardiopathie ischémique chez le sujet jeune peut être en rapport avec l'existence d'un processus inflammatoire chronique.

Notre patiente ne présentait pas de syndrome inflammatoire biologique, la maladie de Crohn peut donc être considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire à part entier.

CONCLUSION

la maladie de Crohn est relativement rare ou sous diagnostiquée au Mali. Les complications cardiovasculaires notamment coronariennes existent. Une étude multicentrique pour déterminer la prévalence de l'infarctus du myocarde chez les quelques cas de maladie de Crohn au Mali serait la bienvenue.

REMERCIEMENTS

Nous remercions la direction de la polyclinique Guindo pour l'accomplissement des formalités administratives et réglementaires de ce travail.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêt.

Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu d'appui financier ni de sponsoring

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le consentement éclairé était obtenu avec respect strict de la confidentialité.

RÉFÉRENCES

- 1-Bassand JP, Vuilleminot A. Repermeabilisation coronaire à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde. Rev. Prat (Paris). 1995, 45 ; 2137-2144
- 2-David Attias, Bruno BESSE, Nicolas Lellouche. Athérosclérose-Hypertension-Thrombose : SCA avec sus décalage permanent du segment ST. Cardiologie Vasculaire, Editions Vernazobres-Grego. 2010 ; 103-124
- 3-Goldstein P., Van Laer V., Bourzat A., Lachery P., Marel V., Antonescu R. L'IDM en urgence : Plus rien ne sera plus comme avant. 5ème Journée de l'Aide Médicale Urgente - JAMU 2000. http://www.darhached.org/articles/JAMU/jamu2000/IDM%20%20EN%20URGENCE-OK_14_.pdf
- 4- WHO, Harvard School Of Public Health, World Bank. The Global Burden of Disease. Harvard school of Public Health 1996. Harvard University Press, 1966.
- 5-N V Yaméogo, AK Samadoulougou, GRC Millogo, R A Yaméogo, TD Naibe, BGY Toguyeni, P Zabsonré. Délai de prise en charge des SCA avec sus décalage du segment ST à Ouagadougou et facteurs associés à un allongement de ce délai. Etude transversale à propos de 43 cas colligés au CHU Yalgado Ouédraogo. Pan Afr. Med J:2012; 13:90.
- 6-Diall IB, Traoré AT, Coulibaly S, Minta I, Bah HO, Mansourati, Diallo B. Service de Cardiologie CHU PtG, Service de Cardiologie CHU GT, Service de Cardiologie de Brest (France). Stratégie thérapeutique, suivi des patients présentant un syndrome coronarien aigu ST +. Service de cardiologie unité B CHU du pointG, service de cardiologie de la Cavale blanche(France).Thèse Méd. Bamako. 2009
- 7-Finckh A. Complications cardiovasculaires des maladies auto-immunes

Rev Med suisse 2013 ; 9 :549-555

8- Fumery M., Dauchet L., Vignal C., Gower-Rousseau C. Epidémiologie, facteurs de risque et facteurs aggravants des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Rev praticien, 2014 :1207-1215

9-Mimiesse J F, Deby-Gassaye, Atipo-Ibara BI, Bossali F, Ngalessami M, Ahoui-Apendi C, Ngami RS, Itoua Ngaaporon, Ibara J.R. La maladie de Crohn : première description au CHU de Brazzaville. J.Afr. Hépatol.Gastroentérol; 2015,9:73-75

10-Thienou S. Aspects épidémiologiques des colorectites au Mali de Janvier 1997 à décembre 2006 : à propos de 724 cas. Thèse, Bamako, 2009, FMPOS, 68p.