



COMMUNICATION BREVE

Rôle du Chirurgien Généraliste dans la Prise en Charge de la Tamponnade Cardiaque

M.Atbi ,S.Chibane ,A.Bouzid, B.Hamouda ,R.A.Ouldabderahmane
Service de Chirurgie Cardiaque E.H.U Oran. Algérie

Abstract :

La tamponnade est une insuffisance circulatoire aiguë due à une compression localisée ou généralisée des cavités cardiaques. Elle se caractérise volontier par une hypotension persistante, une dyspnée aggravative, un tableau d'insuffisance ventriculaire droite, ou par un arrêt cardiaque secondaire à une adiaastolie. La triade de Beck associant hypotension, turgescence jugulaire bilatérale et poumons clairs à la radiographie est relativement spécifique, mais rarement présente. Le diagnostic repose essentiellement sur l'échocardiographie-Doppler Les étiologies sont représentées chez le sujet jeune par les causes virales et traumatiques. Chez le sujet âgé, les hémopathies et néoplasies de contiguïté constituent les principales causes des tamponnades. Le traitement repose essentiellement sur la vidange péricardique (par péricardotomie ou péricardocentèse), ainsi que sur la prise en charge étiologique. La mortalité est dépendante de la durée de l'insuffisance circulatoire aiguë, et de l'étiologie de la tamponnade.

Mots clés : tamponnade, insuffisance circulatoire, triade de Beck, adiaastolie, péricardotomie, péricardocentese

© 2015. HMRUO. MDN | Tous Droits Réservés.

INTRODUCTION

La tamponnade est une urgence menaçant le pronostic vital dont le diagnostic repose sur la triade : (pouls paradoxal, hypotension artérielle, turgescence jugulaire). L'hospitalisation est urgente pour permettre une ponction péricardique guidée par l'échocardiographie. C'est une compression aiguë sousaiguë des cavités cardiaques par un épanchement compressif dont les répercussions dépendent du volume, de la vitesse d'accumulation, de l'élasticité du péricarde [1]. Urgence médico-chirurgicale qui évolue rapidement vers un tableau de choc puis d'arrêt cardiorespiratoire par adiaastolie (dissociation électro-mécanique)[3].

Seul un diagnostic précoce et une prise en charge optimale permettent d'améliorer le pronostic de ces patients.

Rappel anatomique, le péricarde est un Sac à deux parois entourant le cœur et la racine des gros vaisseaux (AO-AP) Séparées par un film liquidien de 15-35ml (↘frottements).

DIAGNOSTIC

Présentation clinique variable ; différents tableaux cliniques sont retrouvés en fonction du mode d'installation aiguë ou chronique et de l'étiologie en cause. Les deux tableaux les plus retrouvés sont celui de l'insuffisance circulatoire aiguë et de l'Insuffisance Ventriculaire Droite aiguë[6].

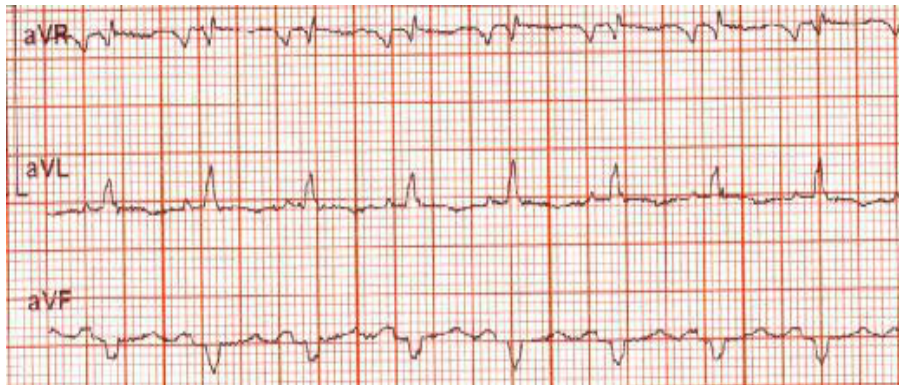
La Triade de Beck (1935) souvent retrouvée. On note 1/3 des patients peuvent se présenter avec épanchement pleural associé.

Deux cas sur un le cœur est noyé dans le liquide péricardique **Swingingheart** [2]

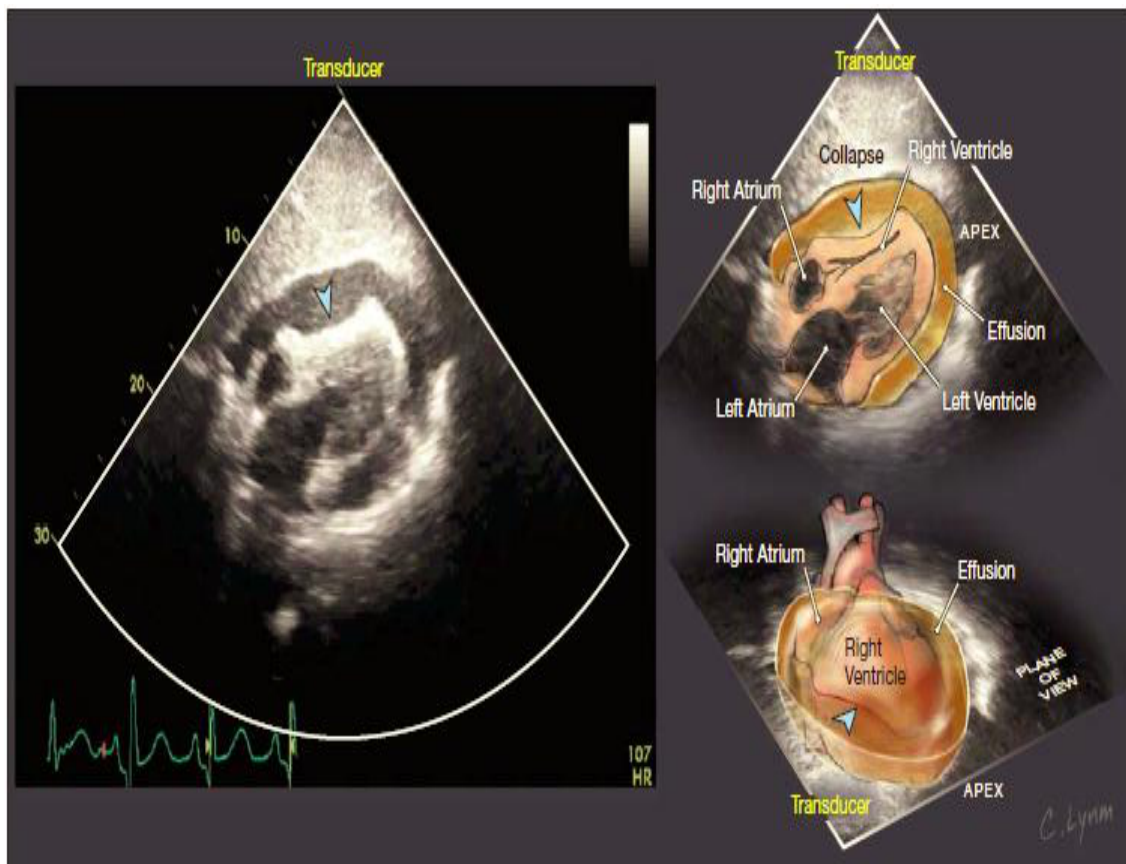
Diagnostic différentiel : pneumothorax sous tension et dysfonction myocardique sévère

ECG : Tachycardie : Alternance électrique

A l'ECG : Micro voltage - Signes de péricardite - Séquelles d'infarctus myocardique



ECG montrant le micro voltage dans les dérivations frontales



RX THORAX : aspect triangulaire du cœur

ECHOCARDIOGRAPHIE : Examen Capital qui confirme le diagnostic en donnant des mesures exactes de l'épanchement et en précisant ses répercussions sur les cavités surtout à droites avec aspect de compression de l'oreillette et ventricule droit [5].

Forte abondance en cas de tamponnade avec aspect de cœur baignant dans le liquide d'épanchement, cet aspect est dit « *Swingingheart* » ou « *cœur dansant* »

Pièges diagnostic sont à éviter :

Faux négatif : pas de collapsus OD ni VD, Tamponnade + HTAP, Tamponnade + HVD.

Faux positif : Hypovolémie sévère responsable d'un collapsus des cavités droites, Collapsus VD ou OD sans tamponnade

Epanchement pleural abondant qui entraîne un collapsus du VD car il existe une relation linéaire pression intra-péricardique et intra-pleurale.

Etiologies : dominées par les néoplasies et les infections bactériennes.

TRAITEMENT

1/ **Médical :** préparation et mise en condition pour permettre le drainage de l'épanchement.

2/ **Traitement propre de la tamponnade :** avec ses 02 approches :

a) **Interventionnelle :** spécifique, réalisée dans des centres spécialisés de chirurgie cardiaque.

Drainage percutané : péricardocentèse

□ Indications : Epanchement mal toléré

a) **Chirurgicale :** doit être connu et maîtrisée par le chirurgien généraliste pour pouvoir faire face.

Indications : tamponnade traumatique, rupture myocardique, tamponnade après chirurgie cardiaque, épanchement

urémique, épanchement purulent, épanchement en regard du VD

Avantages : Drainage complet sans récurrence, prélèvements adéquats pour le diagnostic étiologique, faible morbi-mortalité.

Les différentes voies d'abords

1/voie sous xyphoïdienne : description

A/ petite incision dans la région épigastrique :

B/ résection du processus xiphoïdien qui facilite l'accès à la cavité thoracique et l'incision de la ligne blanche et du péritoine pariétal antérieur permet la création d'1 fenêtre péricarde-péritonéale.

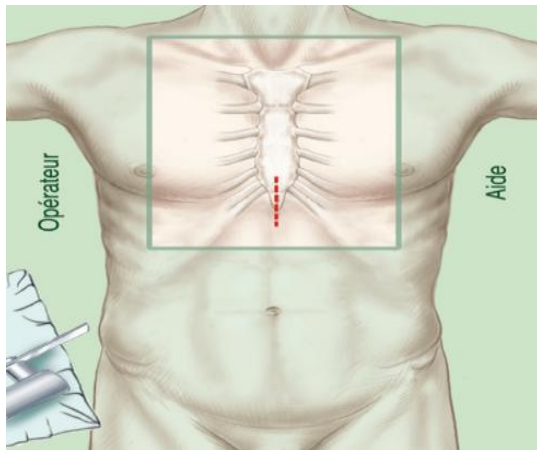
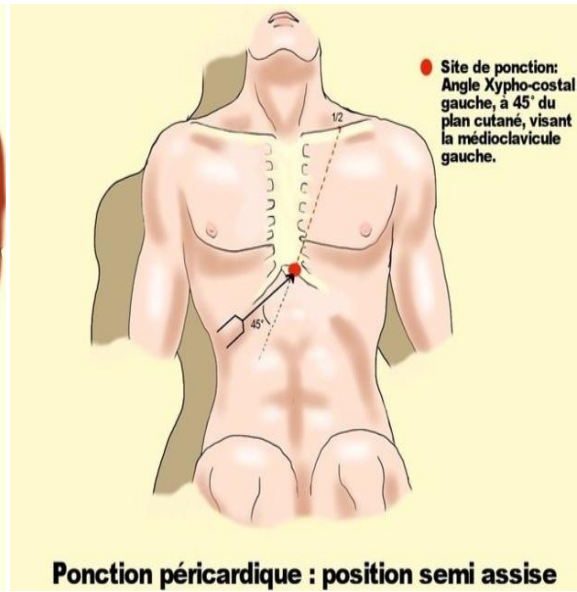
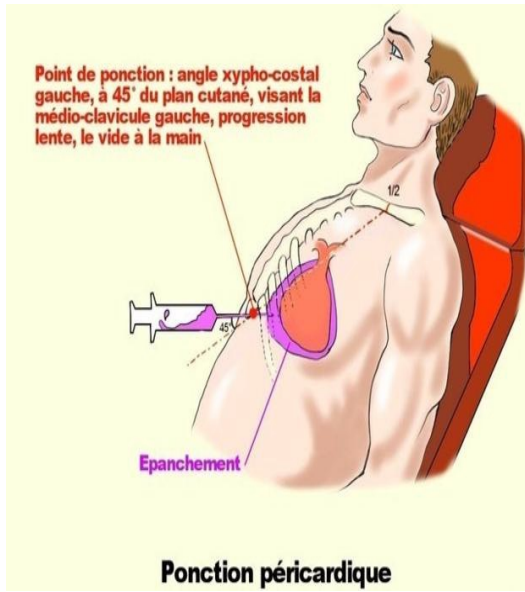
A+B / La voie de Marfan permet de passer de la cavité abdominale à la cavité TX pour drainer le péricarde qui est abordé par sa face inférieure et maintenu par 1 pince pour permettre son incision et éviter la plaie cardiaque.

C +D / le doigt permet de désinsérer le diaphragme de manière atraumatique et de sentir l'épanchement péricardique .L'incision péricardique est réalisée permet l'accès à l'épanchement et 3 prélèvements sont réalisés pour étude ,puis évacuation de l'épanchement + biopsie péricardique pour anapath et drainage aspiratif .

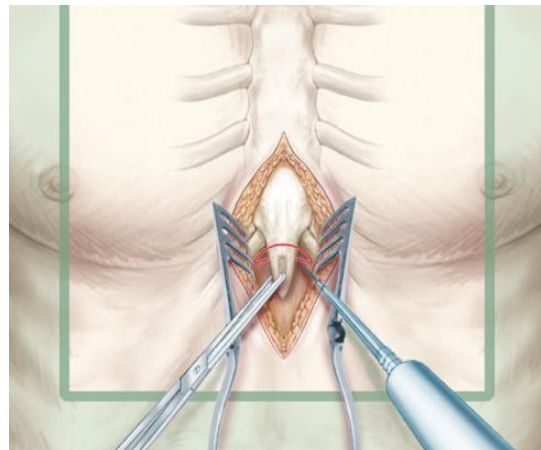
2/**Thoracotomie antérolatérale gauche :** Permet de créer 1 fenêtre péricardo-pleurale.

A/ Incision arciforme s/mammaire, les fibres du grand pectoral sont incisés pour arriver au second plan musculaire, dissection du grand pectoral qui est chargé par 1 écarteur de Farabeuf

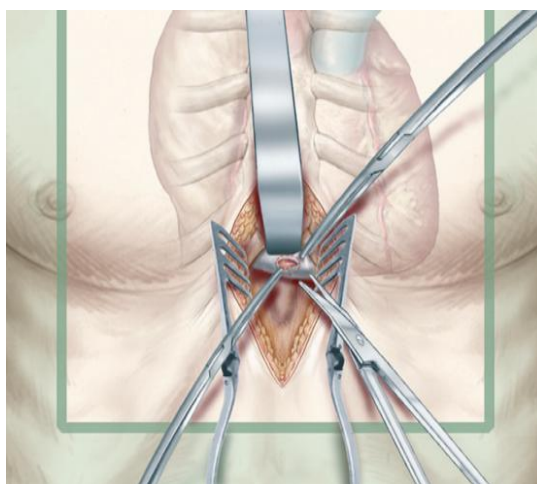
B / On resèque ensuite les muscles petit pectoral et dentelet antérieur pour arriver au plan musculaire intercostal et Incision des muscles intercostaux et de la plèvre pariétale permet l'accès à la cavité pleurale,



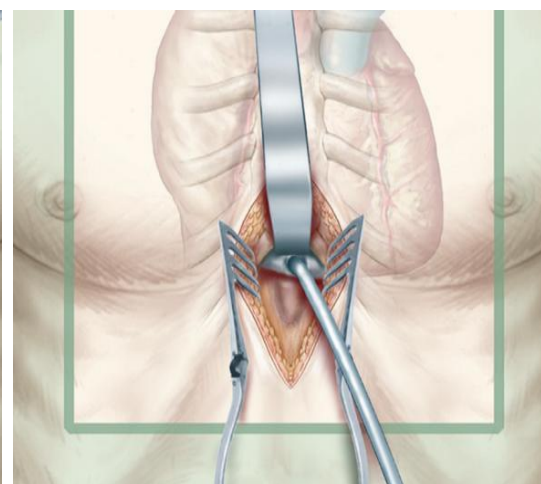
(A)



(B)



(c)



(D)

C/ Le VG péricardisé est recouvert de la plèvre médiastine, entre les deux passe le nerf phrénique, on accède dans la cavité pleurale mais l'abord est moins invasif. Le péricarde est incisé à distance du phrénique et l'épanchement est évacué avec réalisation de 03 prélèvements pour étude cytologique, bactériologique et anatomopathologique puis mise en place d'un drain aspiratif.

3/ Autres voies d'abord : Sternotomie médiane verticale et thoracoscopie.

Tamponnade et anesthésie : Urgence vitale nécessite un drainage chirurgical parfois sous une AG qui est à haut risque car les agents anesthésiques entraînent une vasoplégie avec baisse du retour veineux et donc du débit cardiaque avec risque majeur de collapsus cardiovasculaire et d'arrêt cardio-circulatoire donc le maintien de la ventilation spontanée (VS) permet de limiter ces complications [7]

Pas de protocole anesthésique standardisé pour la prise en charge de ces patients d'où l'intérêt de réaliser 1 anesthésie Vigile.

Traitement de l'étiologie : doit être assuré après levée de l'urgence. C

CONCLUSION

La tamponnade cardiaque est une urgence thérapeutique nécessitant l'évacuation de l'épanchement ETT place de choix : diagnostic, tolérance, évacuation

Pericardiocentese : geste salvateur

Eviter : la position de décubitus (désamorçage pompe cardiaque) et la ventilation mécanique avant la ponction ou drainage.

Garder en mémoire les présentations atypiques car chaque cavité peut-être sélectivement comprimée.

REFERENCES

- [1] Spodick DH. Acute Cardiac Tamponade. N Engl J Med 2003; 349: 684-90 ;
- [2] Hoit BD. Pericardial disease and pericardial tamponade. Crit Care Med 2007; 35; S355-S364.
- [3] Ghassan H, Abusaid MD, Khalife WI. Reduced coronary blood flow in cardiac tamponade: Mystery solved. J Invasive Cardiol 2012; 24: E328-E329.
- [4] Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J, Sagristà-Sauleda J, Angel J, Sambola A, Alguersuari
- [5] J. Low-Pressure Cardiac Tamponade: Clinical and Hemodynamic Profile. Circulation 2006; 114: 945-52.
- [6] Tsang TSM, Oh JK, Seward JB, Tajik AJ. Diagnostic value of echocardiography in cardiac tamponade. Herz 2000; 8: 734-40.
- [7] François Kerbaul - Pierre Michelet Pôle RUSH – Le Congrès Médecins. Urgences vitales 2013 Sfar.
- [8] Azam S, Hoit BD. Treatment of pericardial disease Cardiovascular Therapeutics 2011; 29: 308-14