



CHIRURGIE CARDIAQUE/CARDIAC SURGERY

LES TAMPONNADES PROFIL ÉTIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE AU MAROC

A.Bakkali¹, A.Belkhadir², R.Sayah¹, R.Drissi Kacemi¹, W.Maazouzi¹

1- Service de Chirurgie Cardiovasculaire «A». Hôpital Ibn Sina. RABAT. MAROC.

2- Service de Cardiologie «A». Hôpital Ibn Sina. RABAT. MAROC.

Correspondance : Dr Abderrahmane BAKKALI.

Service de Chirurgie Cardio-vasculaire A Hôpital Ibn Sina. RABAT, MAROC

E.mail : drbakkaliabd @ yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif : Rapporter le profil étiologique et thérapeutique de la tamponnade cardiaque au Maroc.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 88 cas de tamponnade colligés dans les services des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina à Rabat-Maroc, sur une période allant de Mars 2002 à Janvier 2007. L'âge moyen des patients était de 34,6 ans. Tous les malades ont présenté un tableau d'insuffisance cardiaque droite, associé dans 21 cas à un état de choc hypovolémique. Le diagnostic positif a été confirmé par l'échocardiographie dans 65 cas. Soixante six tentatives de ponction-drainage ont été effectuées et 54 drainages chirurgicaux ont été réalisés : soit d'emblée (22 cas), soit après échec de la péricardiocentèse ou après récurrence (32 cas). Enfin, le drainage vidéo assisté a été réalisé dans deux cas.

Résultats : Les étiologies des tamponnades ont été dominées par la tuberculose : 36 cas (41%) et les traumatismes thoraciques : 16 cas (18%). L'échec et la récurrence après péricardiocentèse ont été retrouvés respectivement dans 8 cas (9%) et 24 cas (27%). La mortalité post-opératoire (après drainage chirurgical) a été de 8 % (7 cas). La morbidité a été marquée par un trouble de rythme à type de fibrillation auriculaire non résolutive dans un cas, et une intubation prolongée dans deux cas.

Conclusion : L'étiologie principale des tamponnades, au Maroc, est la tuberculose qui est une affection qui touche essentiellement le sujet jeune. Le drainage chirurgical doit être réservé aux échecs de la péricardiocentèse et aux tamponnades traumatiques.

Mots clés : Tamponnade, Péricarde, Drainage.

SUMMARY

Objective : To report the etiologic and therapeutic profile of cardiac tamponnade in Morocco.

Material and methods : It is a retrospective study including 88 cases of cardiac tamponnade which are treated in emergency department of Ibn Sina hospital (Rabat- Morocco), between March 2000 and January 2007. The mean age was 34.6 years. All patients had right cardiac failure associated in 21 cases with shock state. The diagnostic was confirmed by echocardiography in 65 cases. Sixty six pericardiocentesis were realised and 54 surgical drainages were performed, either straightaway (22 cases) or after failure of pericardiocentesis and recurrence (32 cases). Video-assisted drainage was performed in 2 cases.

Results : The aetiologies of tamponnade are dominated by tuberculosis in 36 cases (41%) and chest trauma in 16 cases (18%). Failure and recurrence after pericardiocentesis were found respectively in 8 cases (9%) and 24 cases (27%). There were seven post-operative deaths observed after surgical drainage. The morbidity had been marked by atrial fibrillation in one case and prolonged assisted ventilation in 2 cases.

Conclusion : The main aetiology of tamponnade in Morocco is the tuberculosis, which interests essentially the young. Surgical drainage must be reserved to pericardiocentesis failure and traumatic tamponnade.

Key- words : Tamponnade, Pericardium, Drainage.

Introduction

La tamponnade cardiaque constitue une urgence médico-chirurgicale. Elle est dûe à un épanchement péricardique comprimant les cavités cardiaques et dont le potentiel évolutif est une adiaastolie.

Nous rapportons à travers une série de 88 cas le profil étiologique et thérapeutique de cette entité pathologique en Afrique du Nord et plus particulièrement au Maroc.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 88 cas de tamponnade colligés dans les services des urgences du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina à Rabat- Maroc, sur une période allant de Mars 2002 à Janvier 2007. L'âge moyen des patients était de 34,6 ans (extrêmes : 18 mois et 69 ans). Le sex-ratio était de 1,1 avec 46 hommes et 42 femmes. Tous les malades ont présenté un tableau d'insuffisance cardiaque droite, associé dans 21 cas à un état de choc hypovolémique.

Le diagnostic positif, en dehors d'urgence extrême, a été confirmé par l'échocardiographie dans 65 cas (74%). Seuls 34 patients (39%) ont présenté d'emblée, un diagnostic étiologique étiqueté. Soixante six tentatives de ponction drainage ont été effectuées dont 18 écho guidées, et 54 drainages chirurgicaux ont été réalisés, soit d'emblée (22 cas), soit après échec de la péricardiocentèse ou après récurrence (32 cas). Enfin, le drainage vidéo assisté a été réalisé dans deux cas.

Le liquide de drainage et les prélèvements du péricarde ont été systématiquement adressés aux laboratoires de biochimie, microbiologie et d'anatomopathologie.

Le traitement médical de la pathologie causale a été toujours de mise; lorsqu'aucune cause n'était retrouvée le recours systématique aux anti-tuberculeux a été notre attitude adoptée.

Résultats

Les étiologies des tamponnades, confirmées ou retrouvées à posteriori, ont été dominées par la tuberculose dans 36 cas (41%) et les traumatismes thoraciques dans 16 cas (18%). Les autres étiologies sont rapportées dans le tableau I.

L'échec et la récurrence après péricardiocentèse ont été observées respectivement dans 8 cas (9%) et 24 cas (27%). Deux cas de traumatisme iatrogène du ventricule droit après ponction drainage ont été repris chirurgicalement.

Tableau I : Répartition des étiologies

Etiologie	Nombre de cas	%
Tuberculose	36	41
Traumatisme thoracique	16	18,2
Infection	6	6,8
Néoplasme	3	3,4
Hydatidose	2	2,3
Maladie de système (Behcet)	1	1,1
Urémique	1	1,1
Inconnue	23	26

La mortalité post-opératoire (après drainage chirurgical) a été de 8 % (7 cas) : 2 cas de septicémie post-opératoire, 2 cas de défaillance ventriculaire droite et 3 cas ont été admis en arrêt circulatoire dont 2 étaient des tamponnades traumatiques.

Un séjour de plus de 24 heures aux soins intensifs, était nécessaire chez 13 malades soit 15%.

La morbidité a été marquée par un trouble de rythme à type de fibrillation auriculaire non résolutive chez un malade, une intubation prolongée dans deux cas et le recours aux drogues inotropes positives chez 7 malades.

Discussion

La tamponnade est due à une élévation de la pression intra- péricardique secondaire à l'accumulation de liquide dans l'espace péricardique¹. Le tableau clinique est dominé par la triade associant baisse de la pression artérielle systémique, élévation de la pression veineuse systémique (bien qu'il existe des tamponnades à PVC basse), et assourdissement des bruits du cœur². L'alternance des complexes QRS reste très spécifique et le diagnostic positif repose sur l'échocardiographie.

Dans notre série, la présentation clinique a été marquée par les signes d'insuffisance cardiaque droite associés à des signes de choc dans 27 % des cas et le recours à l'échocardiographie a été systématique en dehors des urgences extrêmes, comme les plaies thoraciques avec instabilité hémodynamique.

Les causes de la tamponnade se scindent en 2 grands groupes: traumatiques et non traumatiques. Dans notre étude, l'incidence des tamponnades traumatiques (18,2%) est identique à celle rapportée dans la littérature (18%)². À la différence des séries occidentales, où les tamponnades néoplasiques représentent 32% des cas³, l'étiologie principale est, dans notre contexte, la tuberculose péricardique (41%) vu le caractère endémique de la tuberculose

dans les pays de l'Afrique du Nord. S'agissant des tamponnades idiopathiques, leur fréquence, dans les pays occidentaux est de 14%³. Dans notre série, elle atteint 26% des cas.

La prise en charge thérapeutique associe la mise en condition du patient, l'application des mesures de réanimation telles le remplissage vasculaire et la transfusion sanguine et, le drainage de l'épanchement. Ce drainage est réalisé soit par péricardiocentèse (ponction-drainage) qui a l'avantage d'être facile et rapide, mais qui fait courir le risque d'échec qui peut atteindre 42% pour les petits épanchements postérieurs⁴, et le risque de récurrence qui avoisine 25% d'après la série de Callahan et coll⁴. Dans notre série, l'échec a été constaté dans 9% des cas et, la récurrence chez 27% de nos patients.

Guidée par l'échocardiographie trans-thoracique (drainage écho guidé), la péricardiocentèse a une incidence moins dramatique que la ponction drainage à l'aveugle dont le taux de complications mortelles atteint 20%⁵. Dans notre série, deux cas de lésions du ventricule droit ont ainsi nécessité une intervention chirurgicale. Le drainage peut, ainsi, se faire par péricardotomie chirurgicale sous xiphoidienne qui permet de réaliser, en plus du drainage, des biopsies péricardiques ou, mieux, par mini thoracotomie antérieure gauche, permettant une fenêtre pleuro-péricardique. Enfin, ce drainage peut se faire par thoracoscopie, ce que nous avons réalisé chez deux patients.

Dans notre série, la péricardiocentèse et le drainage vidéo-assisté ont été réservés aux tamponnades non traumatiques. À l'opposé, la chirurgie a été indiquée en cas d'échec ou de récurrence après péricardiocentèse. Elle a été également faite dans le but de réaliser des biopsies pour faire le diagnostic étiologique.

La mortalité post-opératoire précoce varie de 12 à 15,5%⁶⁻⁷. Elle dépend à la fois du délai de prise en charge et de l'étiologie des tamponnades (mauvais pronostic des tamponnades néoplasiques). Le taux de mortalité dans notre série (8 %) est bas par rapport à celui de la littérature et cela est dû au bon pronostic précoce des tamponnades tuberculeuses et idiopathiques, fréquentes dans notre contexte, par rapport aux tamponnades néoplasiques qui sont en tête de liste dans les séries occidentales.

Conclusion

Les tamponnades atteignent les sujets jeunes dans notre contexte. La tuberculose constitue la cause la plus fréquente. Le traitement chirurgical doit être réservé aux échecs de la péricardiocentèse et aux

tamponnades post-traumatiques avec une morbi-mortalité acceptable. Enfin, avec l'application du programme de lutte contre la tuberculose, on espère réduire l'incidence de cette entité pathologique au Maroc.

Références

- 1- **Nicolas RA., Langeron O.** Tamponnade cardiaque. In Urgences médico-chirurgicales de l'adulte, Arnette, 2ème éd.1999 ; 230-237.
- 2- **Guberman BA., et al.** Cardiac tamponade in medical patients. *Circulation* 1981; 64:633
- 3- **Kirkorian JG., Hancock EW.** Pericardiocentesis. *Am. J. Med.*1978; 65:808
- 4- **Callhan JA., Seward JB., Nishimura RA. et al.** Two-dimensional echocardiographically guided pericardiocentesis. Experience in 117 consecutive patients. *Am J Cardiol.* 1985; 55:467
- 5- **Palatianos GM., Thurer RJ., Kaiser GA.** Comparison of effectiveness and safety of operations on the pericardium. *Chest* 1985; 88:30
- 6- **Kilpatrick ZM., Chapman CB.** On pericardiocentesis. *Am J Cardiol* 1965; 16:722
- 7- **Wall TC., Campbell PT., O'Connor CM. et al.** Diagnosis and management (by subxiphoid pericardiotomy) of large pericardial effusions causing cardiac tamponade. *Am J Cardiol* 1992; 69:1075