

M. Lepori^a, Ph. Urban^b, A. F. Broccard^a^a Division des Soins Intensifs de Médecine;^b Division de Cardiologie;Département de Médecine Interne,
CHUV Lausanne

Spasme coronarien induit par une alcalose respiratoire

Patient de 65 ans connu pour une hypertension artérielle sévère traitée par enalapril, furosémide et spironolactone. Deux ans avant l'affection actuelle, il avait subi une coronarographie pour des douleurs thoraciques atypiques.

Cet examen avait révélé des artères coronaires sans lésions.

Le jour de l'admission, il présente une dyspnée progressive accompagnée d'une oppression thoracique irradiant dans la région interscapu-

Figure 1

Enregistrement électrocardiographique de 12 dérivations à l'admission montrant un tracé dans les limites de la norme.

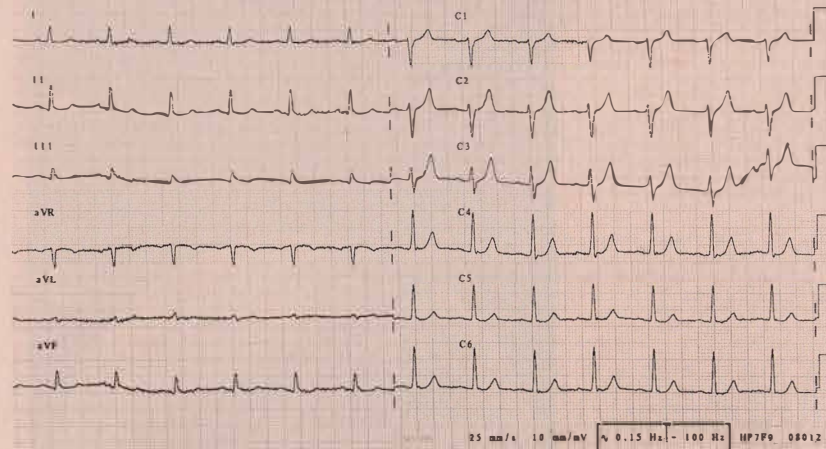
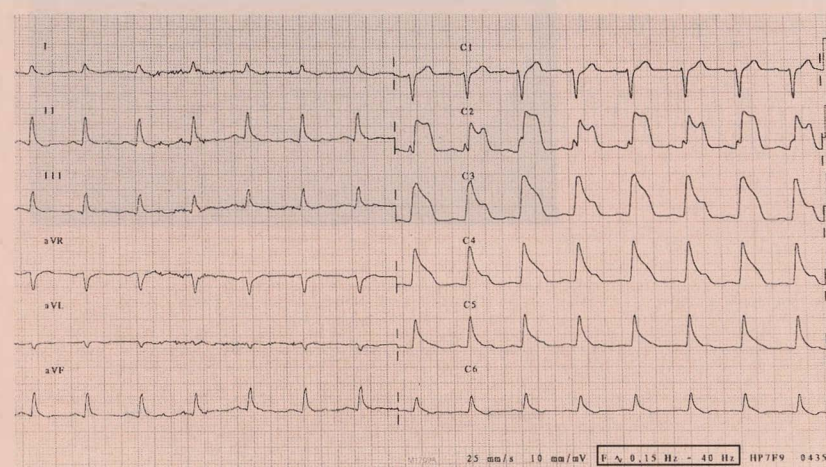


Figure 2

Enregistrement électrocardiographique de 12 dérivations révélant une ischémie transmurale dans toutes les dérivations précordiales.



Correspondance:

Dr M. Lepori

Division des Soins Intensifs de Médecine

Département de Médecine Interne

CHUV BH 05

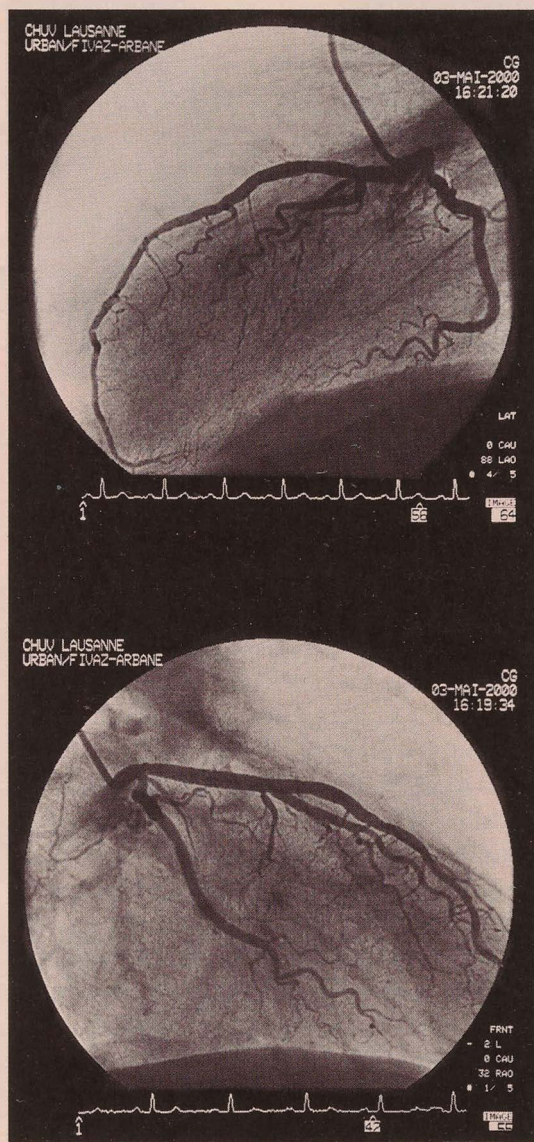
CH-1011 Lausanne

laire et une diaphorèse, ce qui motive son hospitalisation.

A l'examen le patient est afebrile, algique, transpirant et agité. La fréquence cardiaque est à 100 bpm, la pression artérielle est mesurée à 150/70 mm Hg à droite et 180/90 mm Hg à gauche. La radiographie du thorax est nor-

Figure 3

La coronarographie visualise une artère interventriculaire antérieure et une artère circonflexe indemne de lésions. La coronaire droite (non montrée ici) était aussi normale.



male. L'électrocardiogramme à l'admission (fig. 1) montre un rythme sinusal régulier et l'absence de signes d'ischémie. Le taux de créatine kinase (CPK) est à 56 U/l, et le taux de D-dimères à 453 ng/ml. La gazométrie révèle les valeurs suivantes: pH 7,62, PaO₂ 120 mm/Hg, PaCO₂ 16 mm/Hg, HCO₃ 22,2 mmol/l. Le patient reçoit 5 mg de morphine et la symptomatologie diminue. Un CT-scan thoracique permet d'exclure une dissection aortique. Vingt minutes après la réalisation du CT le patient présente une récurrence des symptômes et l'électrocardiogramme à ce moment met en évidence des signes d'ischémie transmurale dans le territoire antérieur (fig. 2). Le patient est mis sous perfusion de dinitrate d'isosorbide avec diminution des symptômes et on décide d'un transfert en salle de cathétérisme cardiaque. La coronarographie (fig. 3) montre l'absence de lésions coronariennes significatives. À son retour aux soins intensifs le tracé électrocardiographique s'est normalisé. Devant ce tableau, nous concluons à un vasospasme coronarien induit par l'alcalose respiratoire. Sous un traitement de diltiazem, l'évolution est favorable, sans récurrence des symptômes ni élévation du taux de CPK.

Les douleurs thoraciques sont fréquentes lors des crises d'hyperventilation et elles sont considérées comme bénignes, toutefois l'alcalose peut induire un syndrome angineux par vasospasme coronarien. L'induction d'une alcalose (métabolique ou respiratoire) est parfois utilisée comme test de provocation chez des patients présentant un angor avec coronaires saines. Toutefois elle induit très rarement des signes électrocardiographiques d'ischémie transmurale [1] et seuls de rares cas d'infarctus ont été décrits [2].

1 Mang G, Schuiki E, Amann F. Hyperventilation test: a noninvasive screening test for coronary vasospasm. *Schweiz Med Wochenschr* 1995;125:777-85.

2 Chelmowski MK, Keelan MH. Hyperventilation and myocardial infarction. *Chest* 1988;93:1095-6.