

Maladie de Bouveret et anévrisme thrombosé de l'aorte révélée par une chute chez une patiente octogénaire polypathologique : un cas clinique présentant une impasse thérapeutique.

OUEDRAOGO Louis Sylvain Peng-Wendé^{1,2},
BA Massamba³, SALL Assane³, APETI Sodjehoun⁴,
OUEDRAOGO Zewendsango Peggy⁵, COUME Mamdou³

Résumé

Nous présentons ici le cas d'une patiente octogénaire polypathologique, atteinte d'une maladie de Bouveret et d'un anévrisme thrombosé de l'aorte révélée par une chute. Après sa chute, elle a présenté une confusion, un refus de s'alimenter et des épisodes de tachycardie paroxystique. Le diagnostic de maladie de Bouveret a été posé sur la base de l'ECG. Cependant, les options thérapeutiques étaient limitées en raison des comorbidités de la patiente. L'ablation par radiofréquence, traitement de référence pour la maladie de Bouveret, n'était pas disponible dans notre contexte. Le traitement proposé s'est limité à la mise en place d'un bêta-bloquant et d'une anticoagulation par AVK, malgré une mauvaise jugulation des tachycardies paroxystiques. Ce cas clinique illustre la complexité du diagnostic et de la prise en charge de la maladie de Bouveret chez les patients âgés polypathologiques. La présentation atypique, la présence de comorbidités et les limitations d'accès aux traitements de pointe posent des défis majeurs dans la gestion de cette pathologie.

Mots clés : maladie de bouveret, tachycardie jonctionnelle, anévrisme de l'aorte thrombosé, cas clinique

Bouveret's disease and thrombosed aortic aneurysm presenting as fall in an octogenarian with multimorbidity : A case report with a therapeutic impasse

Abstract

We present the case of an octogenarian patient with multimorbidity, who presented with Bouveret's disease and a thrombosed aortic aneurysm, revealed by a fall. Following the fall, she exhibited confusion, refusal to eat, and episodes of paroxysmal

¹ Centre hospitalier université Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

² Université Joseph Ki-zerbo, UFR/SDS Ouagadougou, Burkina Faso

³ Centre hospitalier nationale universitaire Fann, Dakar, Sénégal

⁴ Clinique médicale Imhotep Gamesu, Lomé, Togo

⁵ Cardiologie/Clinique Philadelphie, Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondant : Louis sylvain peng-wendé Ouedraogo,
sylvainouedraogo@gmail.com, Ouagadougou Burkina Faso. ORCID : 0000-0002-7767-3567

tachycardia. The diagnosis of Bouveret's disease was established based on ECG findings. However, therapeutic options were limited due to the patient's comorbidities. Radiofrequency ablation, the gold standard treatment for Bouveret's disease, was not available in our setting. The treatment plan included a beta-blocker and anticoagulation with vitamin K antagonists, despite poor control of paroxysmal tachycardia. This clinical case highlights the complexity of diagnosis and management of Bouveret's disease in elderly patients with multimorbidity. Atypical presentation, the presence of comorbidities, and limited access to advanced treatments pose significant challenges in managing this condition.

Keywords : Bouveret's disease, junctional tachycardia, thrombosed aortic aneurysm, case report

Introduction

La maladie de Bouveret, tachycardie jonctionnelle, est une arythmie supraventriculaire assez fréquente[1]. Son incidence, en augmentation avec l'âge, est souvent sous-estimée du fait de la présentation clinique atypique chez les patients âgés fragiles, pouvant conduire à une errance diagnostique et à un retard de prise en charge. Le traitement de choix, l'ablation par radiofréquence ou par cryoablation donnent de bons résultats[2]. Toutefois il n'est disponible que dans certains centres spécialisés.

Nous rapportons ici le cas d'une patiente octogénaire, admise initialement pour une chute avec confusion et refus de s'alimentation, chez laquelle le diagnostic de maladie de Bouveret a été posé, illustrant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques rencontrées dans cette population spécifique. La présentation atypique, l'existence de comorbidités, ainsi que les options thérapeutiques limitées font la richesse de ce cas clinique.

I. Observation

Il s'agit d'une patiente de 81 ans, vivant en milieu rural, bien entourée sur le plan familial, avec un antécédent d'hypertension artérielle suivie depuis 10 ans sous aténolol 50 mg comprimé à raison d'1 comprimé tous les matins et d'aspirine 100 mg 1 sachet tous les midis. Dans un contexte psychoaffectif récent, marqué par le décès d'un de ses enfants il y a 4 mois. La patiente était autonome avec un Activities of daily living (ADL) à 6/6.

Elle a présenté au domicile une chute d'allure syncopale avec impossibilité de se relever le soir en voulant aller aux toilettes et a été secourue par son fils. Par la suite, la patiente s'est plainte de douleurs diffuses et d'un refus de s'alimenter. Une agitation psychomotrice avec cris et mutisme s'est ajoutée au tableau, nécessitant une admission au service des urgences médicales du centre hospitalier nationale universitaire de Fann, puis un transfert dans le service de gériatrie pour une meilleure prise en charge.

L'examen clinique retrouvait un bon état général, une confusion avec une Confusion assessment method à 3/4, pas de déficit sensitivo-moteur, le reste de l'examen clinique était sans particularités. Par ailleurs, l'ECG à l'entrée montrait un rythme sinusal à 62 cycles/min, et un bloc auriculo-ventriculaire de type 1. Sur le plan gériatrique, on retrouvait une perte d'autonomie avec une ADL à 1/6, une fragilité avec un score de Fried à 3/5, une dénutrition avec un score Mini nutritional assessment à 18/30.

Les explorations paracliniques ont permis de retrouver à la tomodensitométrie cérébrale un accident vasculaire cérébrale (AVC) ischémique lacunaire dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne et une dilatation ventriculaire avec doute sur une hydrocéphalie à pression normale. Une insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire à 12,76 ml/min. Un anévrisme partiellement thrombosé de l'aorte thoracique et abdominale à l'angioscanner (figure 1), cette thrombose étant d'allure athéromateuse dégénérative.

Par la suite, les différents ECG et les surveillances des constantes dans le service ont mis en évidence des épisodes de tachycardies paroxystiques typiques de la maladie de Bouveret. Ces éléments sont présentés sur la figure 2. L'échographie cardiaque par ailleurs est revenu sans grande particularité pour son âge : une dilatation concentrique du ventricule gauche au dépens du septum avec insuffisance mitrale type 1 d'allure dégénérative ; absence de thrombus intra-cavitaire, péricarde sec, la FEVG était à 57%, la veine cave était COMPLIANTE.

Du fait de ses comorbidités, à savoir insuffisance rénale chronique terminale, un AVC ischémique récent, les propositions de prise en charge ont été limitées à la mise en place d'un traitement par bisoprolol 2,5 mg progressivement jusqu'à la dose maximum de 10 mg/jour ; une anticoagulation par antivitamine K. Du faite de son insuffisance rénale chronique terminale les autres médicaments antiarythmique étaient

contre indiqué chez elle. L'ablation par radiofréquence n'était pas disponible dans notre contexte.

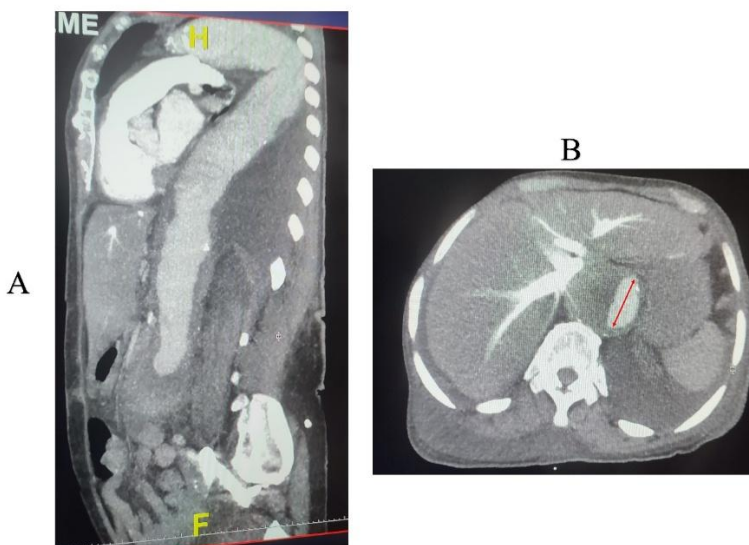
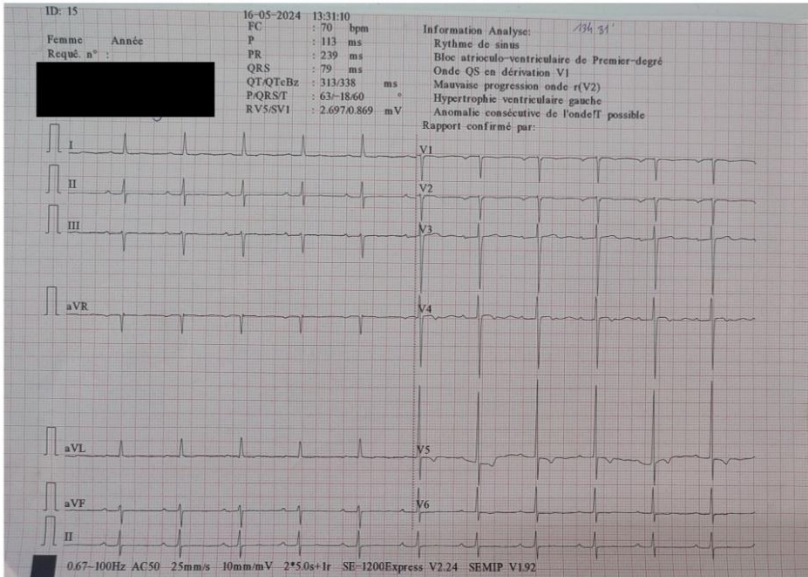


Figure 1 : Image angio-scannographique en coupe sagittale (A) et axiale (B) montrant un anévrisme de l'aorte thoracique et abdominale partiellement thrombosée chez une patiente octogénaire présentant une maladie de Bouveret.

La confusion a régressé, la tachycardie paroxystique était mal jugulée malgré le traitement bêta-bloquant à dose maximale. Il a été décidé, en l'absence de meilleure proposition thérapeutique, un retour à domicile de la patiente, avec relais de la surveillance par l'équipe mobile extrahospitalière.

A



B

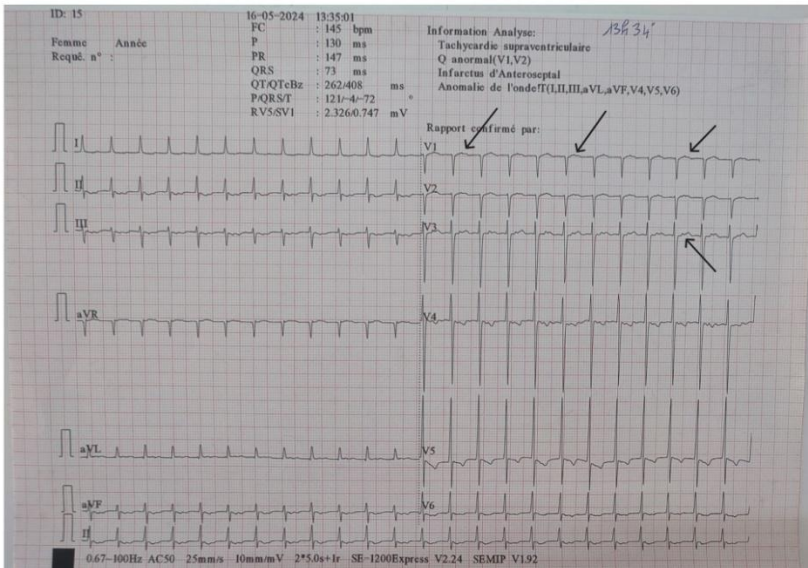


Figure 2 : ECG de la patiente présentant une fréquence cardiaque à 70 battement/minute sur l'ECG A, puis 3 mn plus tard une tachycardie jonctionnelle à 145 battements/mn sur l'ECG B, par ailleurs signe électrique d'une hypertrophie ventriculaire gauche, bloc auriculo-ventriculaire du 1^{er} degré. Les flèches noires présentent les ondes T retrogrades.

II. Discussion

Ce cas clinique met en lumière les défis rencontrés face à la maladie de Bouveret chez une patiente octogénaire polypathologique. Si la maladie de Bouveret est une arythmie relativement fréquente, son diagnostic chez la personne âgée peut s'avérer complexe[3, 4]. En effet, la présentation clinique est souvent atypique, comme l'illustre notre patiente dont les symptômes initiaux (chute, confusion, refus de s'alimenter) orientaient vers une étiologie autre que cardiaque. En effet la chute chez la personne âgée, loin d'être banale est généralement le premier signe de pathologies sous-jacentes graves. Cette chute, probablement entraînée par une syncope, constitue ici le signe annonciateur de cette pathologie rythmique.

La prise en charge de la maladie de Bouveret, ou tachycardie supraventriculaire par réentrée nodale, repose sur deux axes principaux : le traitement des crises aiguës et la prévention des récurrences. Les recommandations actuelles, émanant notamment des directives de l'ESC 2019, mettent en avant l'importance d'une approche personnalisée, alliant des manœuvres simples aux traitements médicamenteux et à l'ablation par cathéter[5]. Elle se résume essentiellement comme suit :

Pour la Prise en charge aiguë (en cas de crise)

Le cas des patients instables hémodynamiquement : la cardioversion électrique synchronisée (choc électrique) est la première option.

Pour les patients stables hémodynamiquement : un ECG à 12 dérivations doit être enregistré si possible pendant la tachycardie pour aider au diagnostic, manœuvres vagues (comme la manœuvre de Valsalva, de préférence modifiée ou le massage sinocarotidien) sont recommandées en première intention, si les manœuvres vagues sont inefficaces, l'adénosine (6 à 18 mg en bolus IV rapide) est recommandée, si l'adénosine est inefficace, les inhibiteurs calciques (vérapamil ou diltiazem IV) ou les bêtabloquants IV (esmolol ou métoprolol) peuvent être envisagés, en cas d'échec de tous les traitements précédents, une cardioversion électrique synchronisée est recommandée.

Pour la prise en charge chronique (pour prévenir les crises), il faut une ablation par cathéter : l'ablation par cathéter de la voie lente (ou des extensions nodales) est le traitement de choix pour les patients symptomatiques et avec des crises fréquentes, en raison de son

efficacité élevée et du faible risque de complication. Puis l'ablation est recommandée en première intention en cas de tachycardie symptomatique récurrente. Puis des **traitements médicamenteux** dont les inhibiteurs calciques (verapamil ou diltiazem) ou les bêta-bloquants peuvent être envisagés si l'ablation n'est pas souhaitée, réalisable ou efficace. L'abstention thérapeutique peut être proposée en cas de symptômes minimes ou de crises peu fréquentes.

Dans le cas présent, la patiente présentait une insuffisance rénale terminale et un AVC ischémique récent, complexifiant la prise en charge thérapeutique. Ce type de situation ou la polyopathie est présente rend difficile la prise en charge de cette pathologie[6]. Dans la littérature il a été retrouvé des cas similaires de maladie de Bouveret associé à différentes pathologie tels que une thrombose veineuse profonde post-vaccination au Moderna®, thrombose intraventriculaire gauche et accident vasculaire cérébrale ischémique ou de crise épileptique[7–9]. Alors que les cas publiés concernent majoritairement des patients jeunes, la survenue d'une maladie de Bouveret chez notre patiente âgée et polyopathologique constitue une présentation atypique.

L'ablation par radiofréquence, traitement de choix de la maladie de Bouveret, n'était pas accessible dans notre contexte et les options médicamenteuses étaient limitées par leur accessibilités et les comorbidités de la patiente. Ce qui a limité la prise en charge optimal de la patiente.

Un électrocardiogramme systématique en cas de symptômes inexplicés, notamment chez tous patients présentant une altération de l'état général avec des troubles du rythme, pourrait permettre un diagnostic plus précoce. De plus, l'accès à l'ablation par radiofréquence, traitement curatif de la maladie de Bouveret, devrait être amélioré, en particulier dans les pays aux ressources limitées.

Enfin, ce cas clinique met en évidence les limites de la prise en charge de la maladie de Bouveret chez les patients âgés polyopathologiques dans notre contexte[6].

Il a été proposé une prise en charge minimal évitant la survenu de iatrogénie et en privilégiant le confort et la qualité de vie de la patiente.

Conclusion

Ce cas clinique souligne la complexité du diagnostic et de la prise en charge de la maladie de Bouveret chez les patients âgés

polyopathologiques. La présentation atypique et la présence de comorbidités, notamment l'insuffisance rénale terminale et l'AVC ischémique récent, ont rendu difficile la mise en place d'un traitement optimal. L'amélioration de la prise en charge de la maladie de Bouveret chez les patients fragiles reste un défi majeur, nécessitant une collaboration accrue entre les différentes spécialités et un accès équitable aux traitements de pointe.

Références bibliographiques

- [1] Whinnett ZI, Sohaib SMA, Davies DW. Diagnosis and management of supraventricular tachycardia. *BMJ* 2012; 345: e7769.
- [2] Siranart N, Keawkanha P, Pajareya P, et al. Efficacy and safety between radiofrequency ablation and types of cryoablation catheters for atrioventricular nodal reentrant tachycardia: A Network Meta-analysis and Systematic Review. *Pacing Clin Electrophysiol* 2024; 47: 353–364.
- [3] Tchou P, Nemer D, Saliba W, et al. Junctional Tachycardia: A Critical Reassessment. *JACC Clin Electrophysiol* 2023; 9: 425–441.
- [4] Nasir M, Sturts A, Sturts A. Common Types of Supraventricular Tachycardia: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician* 2023; 107: 631–641.
- [5] Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, et al. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2020; 41: 655–720.
- [6] Paludan-Müller C, Stampe NK, Monfort LM, et al. Presence of Atrioventricular Nodal Reentrant Tachycardia Is Associated With Cardiomyopathy, Heart Failure, and Death. *J Am Heart Assoc* 2024; 13: e034439.
- [7] Li D, Guo J, Li X-H, et al. A case report of an infant after episodes of paroxysmal supraventricular tachycardia with left ventricular thrombosis and cerebral infarction. *Ann Palliat Med* 2021; 10: 8322–8327.
- [8] Viray DDM, Aswat RP, De Leon MLF, et al. Severe Headache, Seizures and Supraventricular Tachycardia in a 33-year-old

Filipino Male with Confirmed COVID-19: A Case Report. *Acta Med Philipp* 2023; 57: 76–80.

- [9] Bhandari N, Chaudhary A, Acharya S, et al. Supraventricular tachycardia and deep vein thrombosis following Moderna vaccination: A case series. *Clin Case Rep* 2023; 11: e7065.