



- Khadidja ABDELHAMID, interne, service de médecine interne, CHU Amiens Picardie, France
- Dr Yoann ZERBIB, PH, service de réanimation médicale intensive, CHU Amiens Picardie, France
- Pr Julien MAIZEL, PUPH, service de réanimation médicale intensive, CHU Amiens Picardie, Fr
- Dr Valery SALLE, PH, service de médecine interne, CHU Amiens Picardie, France
- Pr Jean SCHMIDT, PUPH, service de médecine interne, CHU Amiens Picardie, France

INTRODUCTION

L'association entre angioœdème bradykinique induit par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et syndrome de Tako-Tsubo demeure exceptionnelle et essentiellement rapportée sous forme de cas cliniques isolés [1], [2].

Le syndrome de Tako-Tsubo est classiquement attribué à une hyperstimulation sympathique aiguë avec décharge catécholaminergique, associée à une toxicité myocardique directe et à une dysfonction microcirculatoire coronaire, responsables d'une dysfonction ventriculaire gauche régionale réversible [2], [3].

Nous rapportons une observation d'un syndrome de Tako-Tsubo dans les suites d'une détresse respiratoire aiguë secondaire à un angioœdème bradykinique induit par les IEC.

CASE REPORT

Il s'agit d'une patiente de 69 ans, aux antécédents de broncho-pneumopathie chronique obstructive post-tabagique, d'hypertension artérielle et d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs stade III, responsable d'une claudication invalidante du membre inférieur droit, ayant conduit à retenir une indication chirurgicale. Son traitement habituel comportait lercanidipine, hydrochlorothiazide, ramipril (introduit en décembre 2025), Kardégic.

La patiente a été hospitalisée en janvier 2025 dans le service de chirurgie vasculaire pour une chirurgie programmée de reperméabilisation de l'artère iliaque droite avec stenting kissing. La veille de l'intervention, elle a présenté une macroglossie associée à une hypersialorrhée, sans amélioration sous antihistaminiques ni corticothérapie instaurés initialement devant la suspicion d'une réaction anaphylactique, le dosage de la tryptase et de l'histamine était dans les normes. L'évolution a été marquée par l'aggravation rapide de l'œdème lingual avec apparition d'une détresse respiratoire, conduisant à suspecter un angioœdème bradykinique de la langue, avec menace d'asphyxie et à transférer la patiente en soins intensifs (Figure 1).

Une injection sous-cutanée urgente d'icatibant 30 mg a permis une régression rapide de l'angioœdème lingual, avec amélioration clinique et sevrage progressif de l'oxygénothérapie. Le bilan étiologique, comprenant le dosage pondéral et fonctionnel du C1 inhibiteur, le dosage du complément, la recherche d'anticorps anti-C1 inhibiteur, anti-C1q isotype IgG et l'électrophorèse des protéines sériques, n'a pas retrouvé d'anomalie.

Durant l'hospitalisation, la patiente présente une tachycardie sinusale inexplicée associée à une dyspnée de repos en l'absence de l'angioœdème de langue, un bilan biologique retrouve une ascension des troponines jusqu'à 2200 ng/L sans douleur thoracique ni d'instabilité hémodynamique, l'électrocardiogramme met en évidence un rythme sinusal avec des ondes T négative diffuse de V2 à V6 dans le territoire inférieur, une échographie cardiaque est réalisée montrant une sidération apicale associée à une ballonnisation du ventricule gauche évocateur du syndrome de TAKO-TSUBO

L'IRM cardiaque réalisée était en faveur d'un syndrome de TAKO-TSUBO avec un aspect ballonisé des segments médiaux et apicaux du ventricule gauche associé à un œdème de ces parois, la FEVG est altérée à 25% (Figure 2)

La patiente est ensuite transférée enUSIC pour la suite de la prise en charge, où elle a présenté une fibrillation atriale persistante rapide à 180 bpm d'évolution favorable après cardioversion par amiodarone et bisoprolol, introduction d'une anticoagulation par apixaban. L'évolution a ensuite été favorable, avec récupération ad integrum de la dysfonction systolique ventriculaire gauche sans traitement spécifique

DISCUSSION

Ce cas clinique illustre une complication rare mais grave de l'angioœdème bradykinique secondaire aux IEC. Il souligne l'importance d'une vigilance accrue face à tout signe cardiovasculaire chez un patient présentant un angioœdème sévère des voies aériennes supérieures. Un ECG systématique et une échocardiographie précoce sont des examens clés pour poser le diagnostic de Tako-Tsubo, une entité à connaître dans ce contexte spécifique. [1], [2], [3]

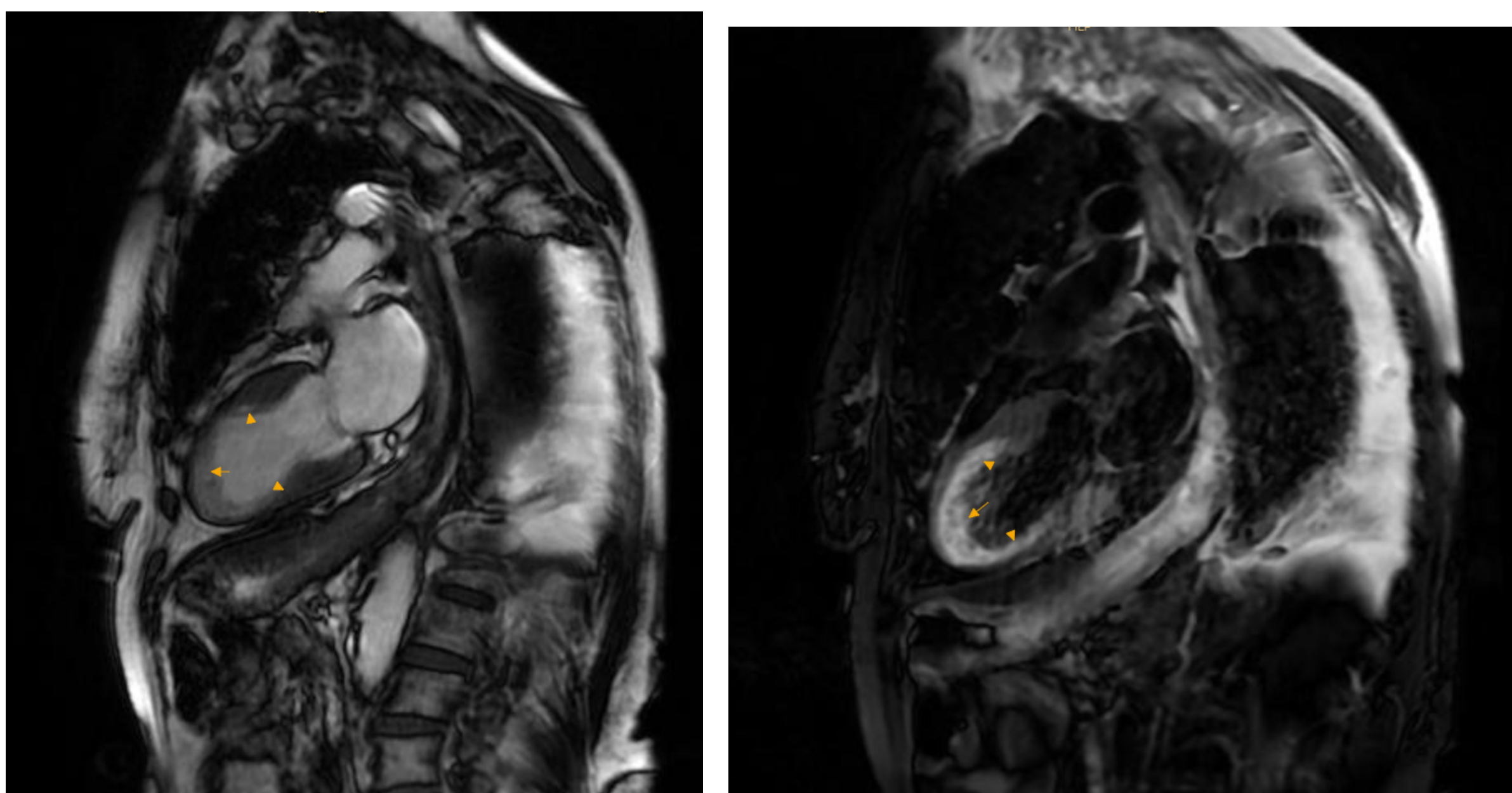


Figure 2 : IRM cardiaque injectée en faveur d'un syndrome de TAKO-TSUBO avec une ballonnisation du ventricule gauche associée à un œdème des parois



Figure 1 : amélioration de l'angioœdème de la langue après le traitement de crise par ICATIBANT