**MYOCARDITE FULMINANTE: DE LA DOULEUR THORACIQUE AU CHOC CARDIOGENIQUE AVEC RESTITUTION AD INTEGRUM DE LA FONCTION VENTRICULAIRE**

**Auteurs : Cheikh GAYE, SN SECK, M FALL, FD DANKOCO, TC DOUCOURE, M DIAW, CAB SAMB, M DIENG.**

**Services: Services cardiologie, d’accueil des urgences et de réanimation du CHN Cheikh Ahmadoul khadim de TOUBA (SAU du CHN CAK), Touba, Sénégal**

**Résumé**

**Introduction :**

La myocardite aigue est une inflammation du muscle cardiaque. Son évolution est imprévisible avec un polymorphisme clinique ce qui fait du diagnostic un challenge. Nous rapportons l’observation d’une myocardite fulminante mimant un infarctus du myocarde et d’évolution rapide vers un choc cardiogénique sur dysfonction systolique sévère du ventricule gauche avec restitution ad integrum.

**Observation :**

Il s’agit d’une patiente de 47 ans admise au SAU à 6 heures de sa douleur thoracique de repos avec un épisode de grippe 2 semaines avant son admission. L’examen physique à l’admission montre une patiente en état de choc sans signes d’œdème aigu du poumon se plaignant de douleur thoracique. L’électrocardiogramme montre un sus-décalage diffus du segment ST sans miroir et l’échocardiographie doppler montre une akinésie sur plusieurs parois associées à des hypocinésies sévères avec altération sévère de la fonction systolique du ventricule gauche. La biologie à l’admission montre une augmentation des enzymes cardiaques.

Elle a bénéficié d’un support en amines vasopressives (dobutamine) et d’une thrombolyse. Devant la persistance de la douleur sans évolution naturelle à l’électrocardiogramme, une suspicion de myopréricardite fut faite avec réalisation en urgence d’une coronarographie qui n’a pas montré d’atteinte coronarienne. Le lendemain, la patiente a rapidement présenté une dégradation hémodynamique avec un œdème aigu massif pulmonaire nécessitant l’intubation au SAU et la mise sous ventilation mécanique avec majoration des amines vasopressives. Elle a reçu une corticothérapie en bolus de 3jours. L’évolution de la patiente va être marquée par une nette amélioration de l’hémodynamique avec disparition des signes congestifs et arrêt des amines et extubation. L’échocardiographie de contrôle effectuée à une semaine montre un retour normal de la cinétique pariétale du ventricule gauche et régression significative du sus-décalage du ST.

**Conclusion:**

Ce tableau clinique d’évolution rapide vers le choc cardiogénique secondaire à la myocardite montre l’intérêt de la prise en charge précoce et concertée entre les SAU (porte d’entrée) et la cardiologie (service spécialisé).

**Mots clés:** Myocardite fulminante, choc cardiogénique, restitution ad integrum.