

SSVQ Novembre 2014

Double trouble: case report of familial dilated cardiomyopathy in two French-Canadians twins using anabolic-androgenic steroids.

David García-Labbé
R6 Cardiologie
IUCPQ

Divulgation de conflits d'intérêts potentiels

Société des sciences vasculaires du Québec (SSVQ)

CONGRÈS SSVQ 2014

21-22 novembre 2014

Dr David Garcia-Labbé, Résident, cardiologie – Université Laval

Aucun conflits d'intérêts

3 Questions pour la présentation

- Quel bilan de CMPD feriez-vous chez un jeune de 20 ans?
- Est-ce que vous demanderiez un dépistage génétique chez ce jeune homme avec CMPD?
- Croyez-vous que l'usage des SAA dans la présentation clinique sont :
 - Responsables
 - Possiblement responsables
 - Aucun lien

Présentation clinique

- Jeune H de 20 ans
- AF négatifs
- Charpente massive, culturiste depuis huit mois
- Habitus négatifs
- Rx légaux
 - Effexor XR 75mg depuis 4 semaines



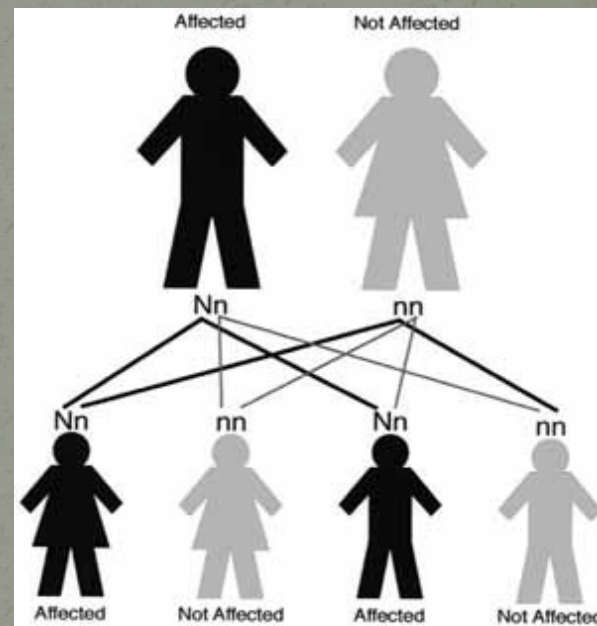
Présentation clinique

- Rx illégaux depuis 8 mois
 - Anadrol 50-75 mg ID (oxymetholone)
 - Deca (nadrolone) 400mg IM 1X/semaine
 - Dianabol (testostérone enanthate) 1000 mg IM 1X/semaine
 - Clomide 100mg PO ID X 3 semaines à la fin d'un cycle
 - HCG 1500 U.I. s/c q3jours X 2 semaines avant la fin du clomide.
 - Prednisone à dose décroissante sur plusieurs mois



Pedigree familial

- Jumeau Dizygote
- Demie sœur via mère 7 ans BS
- Demi frère via père 27 ans BS
- Mère bio BS
- Père bio BS
- Grands parents ?



Présentation clinique

- 2013-03-25: Sx respiratoires depuis 2 semaines, toux et tachycarde ad 127 bpm, dx sinusite, biaxin prescrit.
- 2013-03-29: Pas d'amélioration, dyspnée progresse, toux persiste, expectorations sanguines, dlr pleurétique.
 - S.V.: TA 100/70 malgré 4L, sat 95%, RC 135, 38°
ceftriaxone et azithromycine débutés pour pneumonie LID. Pré-choc persiste. Écho cardiaque demandée.
- DASH 03/30
 - Dx CMP dilatée à l'échocardiographie avec FEVG à 20%

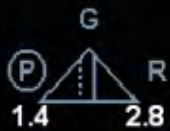
PHILIPS

CI 50Hz
15cm

2D
67%
C 48
P Bas
HPén

C3

+	SIVd	0.8 cm
×	DIVGd	6.8 cm
◇	PPVGd	1.0 cm
VTD (2D-Teich)		239 ml
LV Mass (2D)		268.2 g
LV Mass Ind(2D)		123.0 g/m ²



104bpm

Évolution médicale en rafale

- Pneumonie LID très invalidante
 - ADN hilaires et médiastinales réactionnelles
 - 2013/04/11 T hémoptysie, dyspnée marquée, progression infiltrats pulmonaires
- C.difficile
 - 2013/04/12
- Doute insuffisance surrénalienne
 - Cortrosyn négatif

Labos initiaux

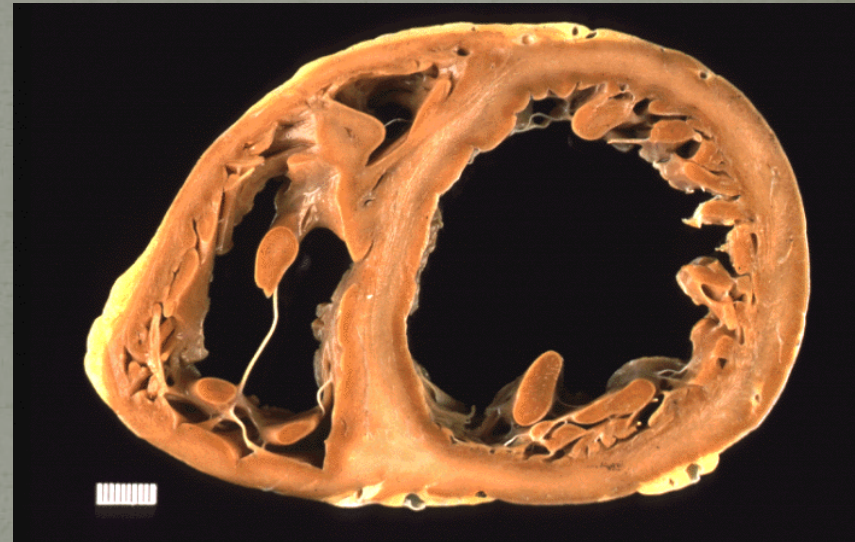
- Pas d'eosinophilie
- Ferritine 81, sat 9%
- TSH N
- AST/ALT N
- U/C N
- IEPS N
- PCR 44, VS 10
- CK/CK-MB/Tropo N
- NT-pro-bnp 1844
- FAN N, FR N
- Infectieux N: influenza, monotest, IgG CMV, syphilis, anti hcv, vih, hsv 1 et 2, Toxo gondii
- Infectieux positif: EB VCA IgG pos, EB EBNA IgG pos, hep B anti Hbs, ASLO.

Évaluation cardiaque initiale

- SWANN 2013/04/03
- OD: 8 mm Hg
- VD: 42/8-10 mmHg
- AP: 43/23 mmHg moy 36 mmHg
- Wedge: 28 mm Hg
- Gradients trans-pulmonaires 8 mmHg
- Résistance pulmonaire 1.8 wood
- DC 4.5 L/min
- Index 2.1 L/min/m²

Bx cardiaque VD 2013/04/03

- 4 fragments
 - Pas d'hypertrophie
 - Pas de fibrose intersticielle
 - Légère fibrose endocardique
 - Pas de myocardite
 - Pas de surcharge en fer
 - Pas d'amyloïdose, rouge congo négatif
 - Pas de maladie de surcharge, bleu de turnbull négatif
 - *Compatible avec une cardiomyopathie dilatée idiopathique*



Évolution cardiaque

- IRM cardiaque sans particularités pour le Dx différentiel
- CT coronaire, pas d'anomalies notées
- Monocor, aldactone, atacand difficilement tolérables, patient a tendance à refuser les Rx cardio, croit qu'ils lui font du tord.
- Dyspnée CF 3/4 persiste, introduction primacor 04-23
 - Malgré le traitement se détériore,
 - IRA, congestion hépatique
 - Vu son stade D d'IC et pour diverses considérations il est référé pour un Heart Mate II

Évolution cardiaque sous HM II

- Défaillance VD sévère PO, sildenafil puis tadalafil
- hallucinations narcotiques
- IRA
- T sur foyer imprécis, merem empirique 10jrs
- lipothymie/syncope: arrêt tadalafil, doute sur possibilité de canule s'approchant du septum.

