

En janvier, toute dyspnée n'est pas une bronchiolite...

Société de médecine de Franche - Comté - 15/12/2011
Dr Guillermet – Dr Camélio – Dr Krieger - K. Chabod
Service de réanimation pédiatrique – Pr Thiriez

Juliette

- En plein mois de janvier, alors que l'épidémie de bronchiolite est à son apogée, vous voyez en consultation la petite Juliette âgée de 4 mois, née à terme, sans antécédent.
- Sa maman vous explique:
« *Docteur je suis inquiète: ma fille ne finit plus ses biberons et je trouve qu'elle a du mal à respirer... »*

Juliette

- Polypnée depuis 2 mois
- Prise alimentaire difficile (prolongée, pause)

Juliette

- Polypnée depuis 2 mois
- Prise alimentaire difficile (prolongée, pause)
- Mauvaise croissance pondérale ces 2 derniers mois.

Juliette

- Polypnée depuis 2 mois
- Prise alimentaire difficile (prolongée, pause)
- Mauvaise croissance pondérale ces 2 derniers mois.
- Examen clinique:
 - Détresse respiratoire
 - ↓ murmure vésiculaire gauche

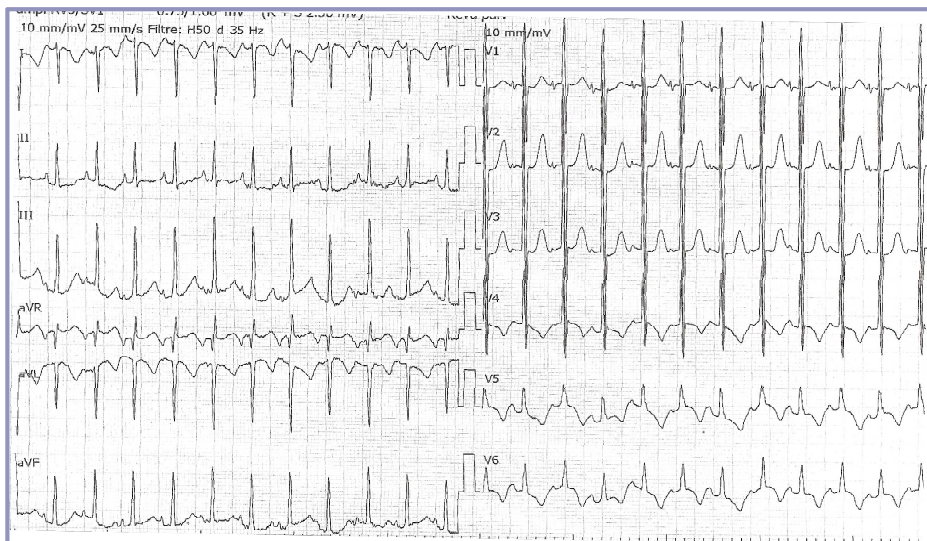
Radiographie thoracique



Aux urgences pédiatriques

- Examen clinique
 - Absence de trouble hémodynamique
 - Signe d'insuffisance cardiaque: détresse respiratoire modérée, hépatomégalie, galop. FC:127/min.
 - Pas de crépitant. Pas d'oxygénodépendance.

Examens complémentaires: ECG



Examens complémentaires: échographie cardiaque

- Cardiomyopathie dilatée hypocinétique (FE 30%)
- Petite fuite mitrale fonctionnelle
- Absence de visualisation de l' artère coronaire gauche

Tableau clinique et paraclinique évocateur d'une **anomalie de l'implantation de l' artère coronaire gauche.**

=> Transfert CH Lyon

Prise en charge initiale

- Traitement médicamenteux de l' IC par diurétiques
- Echocardiographie:
 - **Naissance anormale** de l'artère coronaire gauche à partir de l' artère pulmonaire
 - Coronaire droite en position normale, un peu **dilatée**.
 - Pas dilation des cavités droites. Pas d' HTAP.
- Prise en charge chirurgicale

Evolution

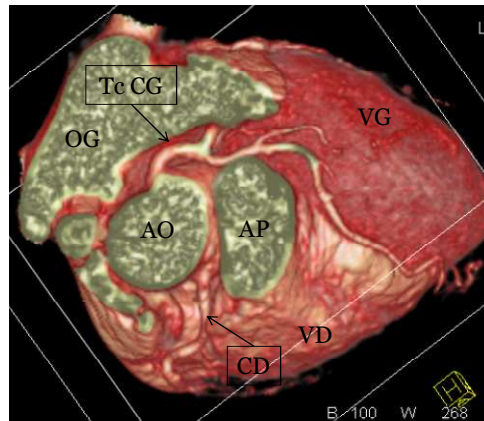
- Retour à domicile après 20 jours d'hospitalisation.
- Traitement symptomatique
 - Aspégic
 - Lasilix
 - Captopril

Evolution

- Prise alimentaire et croissance pondérale difficile.
- Persistance d'une myocardiopathie ischémique hypokinétique
 - introduction d'un traitement par β bloquant

Anomalie d'implantation de l'artère coronaire gauche

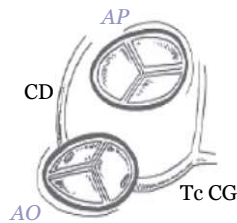
Rappels anatomiques



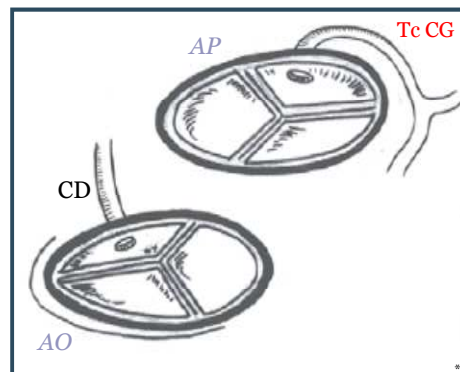
Anomalies d'implantation et de trajet des artères coronaires: apport du scanner multicoûpe. F. Clarençon

Physiologie

- Artère coronaire gauche naît du tronc de l'artère pulmonaire.



Implantation normale des coronaires*



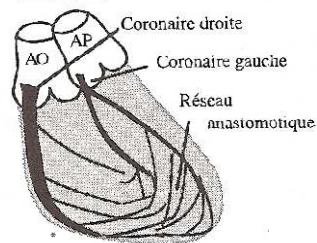
*Anomalies d'implantation et de trajet des artères coronaires: apport du scanner multicoûpe. F. Clarençon

Physiologie

- ↓ pression artère pulmonaire → ↓ perfusion de la CG → infarctus antérolatéral.

- Réseau anastomotique:

- Circulation collatérale
- Dilatation de CD
- Shunt gauche – droit



* Cardiologie pédiatrique pratique, A. Batisse, Doin éditeurs

Anomalie d'implantation de la coronaire gauche

- Rare: < 0.5% des cardiopathies congénitales.
- Incidence: 1/300 000 – 400 000 naissances.
- La plus fréquente des anomalies de naissance des artères coronaires (90%)
- 90% des enfants non traités décèdent avant l'âge de 1 an.
- Isolée le plus souvent.

Clinique

- Intervalle libre (1 à 4 mois).
- Signes d' IC: gêne → collapsus.
 - Difficultés alimentaires. Douleurs avec cris et pâleur lors des repas.
 - Dyspnée, troubles hémodynamiques.
- Mort subite.
- Si circulation collatérale efficace et âge adulte atteint: risque de mort subite par TDR ou récurrence d'ischémie.

Radiographie thoracique

- Cardiomégalie

ECG

- Signes d'ischémie: territoire antérolatéral
 - onde Q de nécrose
 - onde T négative
 - en D1, AVL et de V4 à V6

Echographie cardiaque

Signes directs

- Visualisation de l'**origine pulmonaire** anormale de la CG

Signes indirects

- **Mycardiopathie hypocinétique**
- **fuite mitrale** (dilatation mitrale, fibrose ischémique du pilier, élongation et rupture du cordage avec prolapsus)
- **Dilatation de la CD**
- **Circulation collatérale** épicaudique abondante
- **Direction anormale du flux** dans le tronc coronaire gauche et ses deux branches.

Prise en charge

- Chirurgicale: réimplantation de CG sur l' aorte

Evolution

Avec traitement chirurgical

- Excellente
- Récupération progressive de la contractilité gauche
- Régression de l' insuffisance mitrale séquellaire

Sans traitement chirurgical

- 1^{ère} année de vie: décès par collapsus inaugural ou insuffisance cardiaque
- > 1 – 2 ans: favorable mais risque de mort subite.

Conclusion

- Evoquer le diagnostic devant:
 - Inconfort et prise des biberons difficile,
 - Signes d'ischémie antérolatéral à l' ECG,
 - Cardiomyopathie hypocinétique.
- Mort subite.
- Bon pronostic après traitement chirurgical.

Bibliographie

- *Cardiologie pédiatrique pratique, A. Batisse, Doin éditeurs*
- *La naissance anormale du tronc coronaire gauche à partir de l' artère pulmonaire: étiologie de défaillance cardiaque chez le nourrisson; I. Trabelsi Sahnoun.*
- *Anomalies d'implantation et de trajet des artères coronaires: apport de scanner multicoupe. F. Clarençon*
- *Scanner et IRM cardiaques pédiatriques. P. Ou. Masson.*
- *Anomalie de naissance de la coronaire gauche à partir de l' artère pulmonaire: étude rétrospective de 36 patients. A. Richard. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux. Tome 100, n° 5, 2007.*
- *Variantes anatomiques des artères coronaires : description et pronostic. Nicolas Mennesson. DIU d'imagerie cardio-vasculaire.*