

Fait clinique

Commissurotomie mitrale percutanée associée à une communication interauriculaire type sinus venosus et un retour veineux anormal partiel : à propos d'un cas

Percutaneous mitral commissurotomy associated to sinus venosus atrial septal defect and partial anomalous pulmonary venous connection: A case report

I. Fradi El Faleh^{a,*}, M.T. Ezzar^a, A. Zaroui^b, R. Boussaada^b, R. Mechmèche^b

^a Service de cardiologie, hôpital régional de Ben Arous, Tunisie

^b Service des explorations fonctionnelles et de réanimation cardiologiques, hôpital La-Rabta de Tunis, Tunis, Tunisie

Reçu le 9 mars 2011 ; accepté le 4 décembre 2011

Disponible sur Internet le 27 décembre 2011

Résumé

Le syndrome de Lutembacher associe une communication interauriculaire (CIA) congénitale et un rétrécissement mitral (RM). Il est rarement associé à un retour veineux pulmonaire anormal (RVPA) partiel qui dilate encore plus l'oreillette droite. Cette condition relève d'un traitement chirurgical de commissurotomie mitrale ou de remplacement valvulaire mitral, fermeture de la communication interauriculaire avec correction du retour veineux. La dilatation mitrale percutanée préalable à la chirurgie peut être une alternative thérapeutique si le rétrécissement mitral est serré et l'état anatomique valvulaire favorable. Les auteurs rapportent le cas d'un patient âgé de 24 ans ayant un rétrécissement mitral serré en rythme sinusal avec une communication interauriculaire type sinus venosus et un retour veineux pulmonaire anormal partiel. Le diagnostic a été fait à l'âge de 17 ans à l'occasion d'une dyspnée. Il a bénéficié en février 2003 d'une dilatation mitrale percutanée de sauvetage au décours d'un œdème aigu du poumon. La surface mitrale est passée de 0,7 cm² à 1,6 cm². Devant l'amélioration clinique ultérieure, le patient a refusé la chirurgie réparatrice et a été perdu de vue. Sept ans plus tard (août 2010), il a été repris pour une deuxième dilatation mitrale de sauvetage en raison d'une resténose mitrale très serrée (surface mitrale à 0,8 cm²), en subœdème pulmonaire avec une hypertension artérielle pulmonaire échocardiographique à 68 mmHg. Le trans-septal s'est compliqué d'une fausse route à partir de l'oreillette droite, vers la cavité péricardique. Le patient a été opéré en urgence et a alors bénéficié d'un remplacement valvulaire mitral par prothèse mécanique, d'une fermeture de la CIA type sinus venosus par un patch de PTFE et correction du retour veineux. Les suites opératoires ont été simples et l'échocardiographie postopératoire met en évidence un bon profil de la prothèse, l'absence de shunt résiduel et une diminution de la pression artérielle pulmonaire qui est passée de 68 à 40 mmHg. En conclusion, la dilatation mitrale percutanée peut être un geste d'attente de la chirurgie réparatrice de cette pathologie ou un traitement d'urgence de sa valvulopathie, moyennant un suivi régulier dans l'attente d'une chirurgie rapide et dans les meilleures conditions.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Rétrécissement mitral ; Communication interauriculaire ; Commissurotomie mitrale percutanée ; Retour veineux pulmonaire anormal partiel

Abstract

Lutembacher's syndrome refers to the rare combination of congenital atrial septal defect and acquired mitral stenosis. It is rarely associated to partial anomalous pulmonary venous connection. This condition is treated surgically by mitral commissurotomy or mitral valve operation with concomitant closure of the atrial septal defect with correction of the abnormal pulmonary venous connection. Percutaneous mitral commissurotomy before surgery can be a therapeutic alternative when mitral valve stenosis is severe and valve anatomy is favourable. The authors bring back the case of a 24 years old man having mitral stenosis in sinus rhythm associated to sinus venosus septal defect and partial anomalous pulmonary venous connection. The diagnosis was made for the age of 17 years old on the occasion of dyspnea. He benefited in February 2003 of rescue percutaneous mitral commissurotomy because of pulmonary oedema. Mitral valve area increased from 0.7 cm² to 1.6 cm². The patient was clinically approved, so that he refused surgery and was lost sight. Seven years later (August 2010) he was taken back for a second rescue percutaneous

* Auteur correspondant. Service de cardiologie, hôpital Charles Nicolle, avenue 9-Avril, 1009 Tunis, Tunisie.

Adresse e-mail : imenfradi@yahoo.fr (I. Fradi El Faleh).

mitral commissurotomy because of a very severe mitral stenosis (mitral valve area was 0.8 cm^2), in pulmonary oedema with echocardiographic evaluated pulmonary hypertension at 68 mmHg. The trans-septal complicated of a false road from the right atrium, towards the pericardic cavity. The patient was operated as the matter of urgency, and benefited from a mitral valve replacement by mechanical prosthesis, of closure of sinus venosus septal defect by PTFE patch and correction of abnormal pulmonary venous connection. Operating suites were simple, and the postoperative echocardiography concludes to a good prosthesis profile, the absence of residual shunt and a decrease of pulmonary artery blood pressure from 68 to 40 mmHg. In conclusion, percutaneous mitral commissurotomy may be a waiting procedure for surgery of this disease or emergency treatment of it's valve anomaly, with regular monitoring while awaiting surgery faster and in better conditions.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Mitral stenosis; Atrial septal defect; Percutaneous mitral commissurotomy; Partial abnormal pulmonary venous connection

1. Introduction

Le syndrome de Lutembacher est défini par l'association rare d'une communication interauriculaire (CIA) congénitale et d'un rétrécissement mitral (RM) acquis. Il s'agit le plus souvent d'une CIA ostium primum, exceptionnellement d'une CIA type sinus venosus. Par ailleurs, le retour veineux pulmonaire anormal (RVPA) partiel est rencontré chez 10 à 15 % des communications interauriculaires et dans presque la totalité des CIA type sinus venosus [1]. Cette triple association (RM + CIA + RVPA) relève d'un traitement chirurgical de remplacement ou de commissurotomie mitrale à cœur ouvert, fermeture de la communication interauriculaire avec correction du retour veineux pulmonaire anormal partiel. La dilatation mitrale percutanée peut être une alternative thérapeutique si le rétrécissement mitral est serré, l'état anatomique valvulaire favorable, et la CIA et le RVPA bien tolérés.

Les auteurs rapportent un syndrome de Lutembacher avec une CIA type sinus venosus associé à un retour veineux pulmonaire anormal partiel, qui a bénéficié dans un premier temps d'une dilatation mitrale percutanée.

2. Observation

Monsieur G.F. âgé de 24 ans est suivi depuis l'âge de 17 ans pour un RM serré à appareil valvulaire peu remanié associé à une CIA du type sinus venosus et un RVPA partiel, symptomatique d'une dyspnée stade I–II de la NYHA. Le diagnostic positif a été posé en 2003 grâce à une échocardiographie et un cathétérisme (Fig. 1). Ce dernier a évalué la pression artérielle pulmonaire systolique (PAPS) à 65 mmHg, et la pression capillaire pulmonaire (PCP) moyenne à 22 mmHg, et un gradient moyen transmitral à 18 mmHg. L'indication opératoire a été posée mais refusée par le patient. Il est alors réadmis en février 2003 pour une poussée d'œdème aigu du poumon, d'où l'indication d'une dilatation mitrale percutanée de sauvetage. La surface mitrale est passée de $0,7\text{ cm}^2$ à $1,6\text{ cm}^2$ avec une PAPS de 65 mmHg à 40 mmHg et un gradient transmitral moyen de 18 mmHg à 6 mmHg. Devant l'amélioration clinique, le patient a de nouveau refusé la chirurgie et a été perdu de vue. Il a été réhospitalisé en août 2010 dans un tableau de subœdème pulmonaire. Durant ces sept années, le patient a été soulagé au point de ne plus consulter, sa symptomatologie s'est résumée en une dyspnée d'effort stade I sans notion de bronchites à répétitions jusqu'à

deux mois avant son hospitalisation avec exacerbation de sa dyspnée d'effort II–III de la NYHA.

L'examen retrouve un rythme régulier, un roulement diastolique au foyer mitral, des râles crépitants aux bases pulmonaires et des signes d'insuffisance cardiaque droite.

L'électrocardiogramme inscrit un rythme régulier sinusal à 95/min, une onde P pulmonaire, un axe à $+90^\circ$ et un bloc de branche droit complet.

La radiographie du thorax montre une silhouette mitrale avec un important débord droit et des signes de surcharge pulmonaire.

L'échocardiographie transthoracique (ETT) met en évidence une resténose mitrale très serrée (surface à $0,8\text{ cm}^2$) à valves moyennement remaniées sans fuite mitrale ni calcifications. L'oreillette gauche est dilatée (surface à 31 cm^2). Le ventricule gauche est laminé par des cavités droites très dilatées (diamètre transverse du ventricule droit à 67 mm et surface de l'oreillette droite à 60 cm^2). La fonction systolique du ventricule gauche est conservée (fraction d'éjection à 55 %). La pression artérielle pulmonaire a été évaluée à 68 mmHg.

L'échocardiographie transœsophagienne (ETO) confirme la resténose mitrale très serrée avec CIA du type sinus venosus et retour veineux pulmonaire anormal partiel au pied de la veine cave supérieure. Cette association est à l'origine de la dilatation très importante des cavités droites et surtout de l'oreillette droite, ectasique.

L'indication opératoire a été posée pour un remplacement valvulaire mitral, une fermeture de la CIA et le repositionnement du retour veineux pulmonaire anormal dans l'oreillette gauche.



Fig. 1. Cathétérisme cardiaque droit montrant une image de lavage au pied de la veine cave supérieure (VCS) signant le retour veineux pulmonaire anormal (RVPA).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868798>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868798>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)