




ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com

Annales de
cardiologie
et d'angéiologie

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 58 (2009) 236–239

Fait clinique

Fistule coronaire : rapport d'un cas opéré et revue de la littérature

Coronary artery fistula: Case report and review of the literature

S. Jerbi *, A. Tarmiz, S. Fradi, A. Brahem, M. Beltaïfa, S. Mlika,
N. Romdhani, F. Limayem, K. Ennabli

*Service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique, CHU Sahloul, route Ceinture, cité Sahloul,
4054 Sousse, Tunisie*

Reçu le 21 mars 2008 ; accepté le 28 mai 2008

Disponible sur Internet le 9 juillet 2008

Résumé

La fistule coronaire est une anomalie rare faisant communiquer une artère coronaire avec une cavité cardiaque ou un gros vaisseau, court-circuitant ainsi le lit capillaire myocardique. La majorité de ces fistules sont congénitales mais peuvent néanmoins se voir après une chirurgie cardiaque. L'atteinte de la circonflexe est plus rare que celle de l'interventriculaire antérieure et de la coronaire droite. Le site de drainage le plus fréquent est le ventricule droit. Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de deux ans, amené par ses parents pour dyspnée d'effort. Le diagnostic de fistule coronaire a été confirmé par la coronarographie qui a montré une artère circonflexe anévrysmale, se jetant dans le ventricule droit. L'intervention a été menée sous circulation extracorporelle. Nous avons procédé à l'ouverture longitudinale de l'anévrysme puis à l'aveuglement de la fistule. Les suites opératoires ont été simples.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The coronary fistula is a rare abnormality making communicate a coronary artery with a cardiac cavity or a great vessel, so bypassing the myocardial capillary network. The majority of these fistulas are congenital but can nevertheless arise after a cardiac surgery. The right coronary artery and the left anterior descending coronary artery are mostly concerned. The circumflex coronary artery is rarely involved. The most frequent site of drainage is the right ventricle. We report the case of a 2-year-old child, brought by his parents for dyspnoea of effort. The diagnosis of coronary fistula was confirmed by the coronary angiography which showed an aneurysmal circumflex artery, draining into the right ventricle. The intervention was led under cardiopulmonary bypass. We proceeded to the longitudinal opening of the aneurysm then to the blindness of the fistula. The postoperative course was simple.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Fistule coronaire ; Anomalie coronaire ; Chirurgie cardiaque ; Coronarographie ; Cathétérisme cardiaque

Keywords: Coronary fistula; Coronary abnormality; Cardiac surgery; Coronary angiography; Cardiac catheterisation

1. Observation

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de deux ans qui est amené par ses parents pour dyspnée d'effort.

Il est issu d'un mariage consanguin de premier degré avec une mère âgée de 35 ans, G7 P7.

La grossesse, mal suivie, a été compliquée de toxémie gravidique avec un accouchement à terme par voie basse.

L'histoire de la maladie remonte à la période néonatale, marquée par l'apparition de vomissements à répétition et de sueurs lors des tétées, sans cyanose.

À l'examen physique, on note une tension artérielle à 100/65 mmHg, une fréquence cardiaque à 120 battements par minute et un souffle cardiaque continu en latérosternal gauche.

Par ailleurs, on ne trouve pas de signes d'insuffisance cardiaque.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jerbisofiane@yahoo.fr (S. Jerbi).

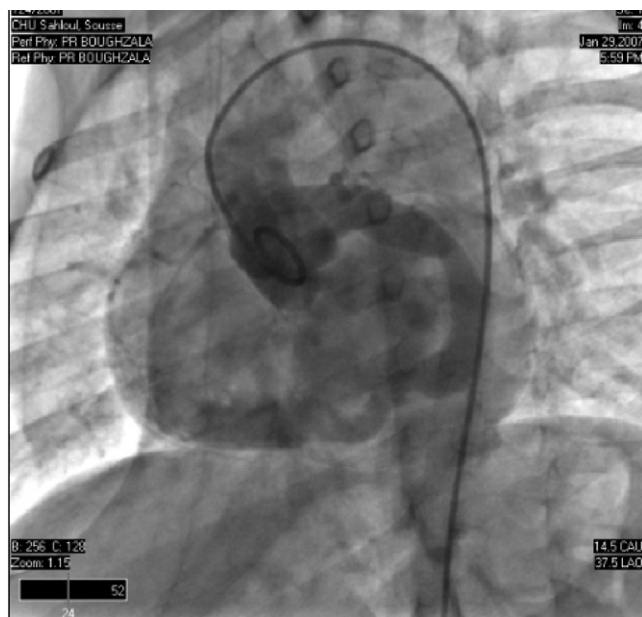


Fig. 1. Coronarographie.

L'électrocardiogramme montre un rythme régulier sinusal à 120 cycles par minute sans hypertrophie cavitaire.

La radiographie du thorax est strictement normale avec un index cardiothoracique à 0,52.

L'échocardiographie-doppler révèle la présence d'un flux continu de petite taille et très vélocé (5 m/s) entre un vaisseau situé dans le sillon auriculoventriculaire gauche et le ventricule droit, faisant évoquer une fistule coronarocardiaque entre la circonflexe et le ventricule droit (VD).

Une coronarographie est aussitôt pratiquée et montre une énorme artère circonflexe mesurant 10 mm de diamètre naissant du tronc coronaire gauche qui est de calibre normal, et donnant naissance à une artère interventriculaire antérieure (IVA) normale. La circonflexe se vide dans le VD qui est complètement opacifié par la fistule (Fig. 1).

La coronaire droite est par ailleurs normale.

Une fois le diagnostic de fistule coronaire entre la circonflexe et le VD, shuntant à haut débit, établi, une fermeture chirurgicale s'est avérée nécessaire.

L'intervention est menée sous circulation extracorporelle. L'exploration met en évidence un tronc commun gauche normal à partir duquel naît une artère circonflexe dilatée, suivant le sillon auriculoventriculaire postérieur. Tout le long de son trajet, elle ne donne aucune collatérale et se termine par un anévrisme de dix millimètres, pour se drainer dans le VD.

Après clampage de l'aorte, la portion terminale anévrysmale de la fistule est ouverte longitudinalement. L'orifice d'entrée dans le VD est ainsi visualisé. On procède alors à l'aveuglement de la fistule, puis l'anévrisme est fermé par un surjet aller/retour.

Les suites opératoires immédiates sont simples.

2. Discussion

La fistule coronaire est une anomalie rare faisant communiquer une artère coronaire avec une cavité cardiaque ou un gros vaisseau de la base, court-circuitant ainsi le lit capillaire myocardique [1,2].

Il s'agit d'une anomalie rare et généralement isolée [1,3].

Son incidence est estimée entre 0,1 et 0,2 % de l'ensemble des patients ayant eu une coronarographie [4,5].

La majorité de ces fistules sont congénitales, mais peuvent être acquises suite à une chirurgie cardiaque (notamment les remplacements valvulaires et les pontages aortocoronaires) ou à des biopsies myocardiques à répétition, dans le cadre de transplantation cardiaque [6,7].

La coronaire droite et l'IVA sont les coronaires le plus souvent concernées (entre 52 et 55 % pour la CD et entre 30 et 35 % pour l'IVA).

L'atteinte de la circonflexe, notamment dans notre observation, est rare (entre 5 et 18 %) [1,2,8–10].

Quelle que soit la coronaire concernée, la majorité des fistules (plus de 90 % des cas) se drainent dans la circulation veineuse, fonctionnant avec un régime de basses pressions. Cela inclut les cavités droites du cœur, l'artère pulmonaire, la veine cave supérieure et le sinus coronaire [11,12].

Le drainage dans le VD est la modalité la plus fréquente (41 % des cas) [11].

La communication anormale entre une artère coronaire et une structure veineuse est à l'origine d'un shunt gauche–droite dont l'importance dépend de la taille de la fistule et de la différence de pression entre l'artère et la structure veineuse.

Ce shunt peut se compliquer d'une insuffisance cardiaque congestive et, plus rarement, d'une ischémie, voire d'un infarctus myocardique par phénomène de « vol artériel » [1].

La présentation clinique des fistules coronaires dépend essentiellement de l'importance du shunt gauche–droite [13].

La majorité des patients sont asymptomatiques. Ils sont généralement référés pour un souffle cardiaque de découverte fortuite. Le principal diagnostic différentiel dans ce cas est le canal artériel persistant. Cependant, d'autres diagnostics doivent être éliminés tels que les fistules artérioveineuses pulmonaires, les fenêtres aortopulmonaires, la rupture d'anévrisme du sinus de Valsalva, le syndrome de Laubry-Pezzi, la fistule artère mammaire interne–artère pulmonaire et les fistules artérioveineuses systémiques [14].

Chez les patients les plus âgés, certains signes et parfois des tableaux cliniques peuvent se voir : dyspnée d'effort, angor d'effort, arythmie, endocardite, accident vasculaire cérébral [13,15].

En cas de shunt gauche–droite large, des complications peuvent avoir lieu : hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance cardiaque congestive, dilatation anévrysmale et rupture de la fistule ou encore ischémie, voire infarctus myocardique par phénomène de « vol artériel » [16].

L'électrocardiogramme et la radiographie du thorax sont des examens de routine qui n'ont pas d'apport considérable pour le diagnostic. Cependant en cas de shunt gauche–droite à haut

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869315>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869315>

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