



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Un cas de malformation des arcs aortiques simulant un asthme

*A case of malformation of aortic arches simulating asthma*

A.R. Ouedraogo<sup>a,\*</sup>, K. Boncounou<sup>a</sup>, S. Maïga<sup>a</sup>,  
G. Ouedraogo<sup>a</sup>, G. Badoum<sup>a</sup>, O. Diallo<sup>b</sup>,  
G. Bonkounou<sup>c</sup>, R. Nacanabo<sup>d</sup>, M. Ouedraogo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de pneumologie, centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo, 03 BP 7022, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>b</sup> Service de radiologie, centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>c</sup> Service de chirurgie thoracique, centre hospitalier universitaire Blaise Compaore, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>d</sup> Service de pneumologie, centre hospitalier régional de Ouahigouya, Ouagadougou, Burkina Faso

### MOTS CLÉS

Arc aortique  
(anomalie de l') ;  
Asthme ;  
Enfant

### Résumé

**Introduction.** – Les anomalies des arcs aortiques sont rares et représentent 1 % des anomalies congénitales cardiovasculaires. Elles constituent l'une des causes de compression des voies aériennes avec pour corollaire des crises de dyspnée simulant parfois un asthme. Nous rapportons ici le cas d'un nourrisson atteint d'une anomalie du développement des arcs aortiques avec retentissement respiratoire.

**Observation.** – Il s'est agit d'un nourrisson de 22 mois qui a présenté une dyspnée à type de stridor associée à une toux grasse. Cette symptomatologie remonterait à 45 jours après sa naissance et avait occasionné de multiples hospitalisations aux urgences pédiatriques. L'examen à l'entrée retrouvait un état général conservé et des râles bronchiques diffus à l'auscultation. La radiographie thoracique mettait en évidence un poumon droit légèrement rétractile. L'échographie cardiaque était normale. L'angioscanner thoracique et abdominal objectivait un double arc aortique et une artère sous-clavière gauche rétro-œsophagienne. Une thorcotomie a été réalisée et les suites opératoires étaient simples.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [oarisgou@yahoo.fr](mailto:oarisgou@yahoo.fr) (A.R. Ouedraogo).

*Conclusion.* – Les anomalies congénitales de l’arc aortique sont rares et variées, parfois asymptomatiques. Cette observation vient nous rappeler que devant toute symptomatologie respiratoire récidivante ou digestive chez le nourrisson, il faut aussi penser à cette entité malformative.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Aortic arch syndromes;  
Asthma;  
Infant

## Summary

*Introduction.* – Abnormalities of the aortic arches are rare and account for 1% of congenital cardiovascular malformations. They constitute one of the causes of compression of the airways with attacks of dyspnea sometimes simulating an asthma. We report the case of an infant with an anomaly development of aortic arches with impact breathing.

*Case report.* – It was a 22-month-old infant who consulted for a dyspnea with a type of stridor associated with a fat cough. This clinical table started 45 days after its birth and led to many hospitalizations in the pediatric emergency. Clinical exam found polypnea, with a wheezing, bronchial groan and diffuse sibilants on the auscultation. The chest X-ray revealed a slightly retractile right lung. The angioscanner of the thoracic and abdominal aorta showed a double aortic arch with retro-oesophageal left ventricular artery. A thoracotomy was performed and the operative sequences were simple.

*Conclusion.* – The congenital anomalies of the aortic arch are rare and varied, sometimes asymptomatic. This case reminds us that, in front of any recurrent or digestive respiratory signs in the infant, malformation of the aortic arches should be considered.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Les anomalies des arcs aortiques sont connues depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle. Leur description anatomique fut initialement réalisée en 1737 par Hommel, puis leurs aspects radiologiques en 1926 par Arkin et ceux de la sous-clavière droite rétro-œsophagienne en 1936 par Kommerell. Il faut attendre 1939 pour voir se réaliser la description clinique de double arc par Wolman [1]. Les anomalies des arcs aortiques ont une origine embryologique commune : elles peuvent intéresser l’aorte, les vaisseaux de la racine aortique ou les artères pulmonaires. Elles sont rares et représentent 1 % des anomalies congénitales cardiovasculaires [1,2]. L’anomalie de double arc aortique est la plus fréquente et représente 40 à 50 % des anneaux vasculaires symptomatiques, responsable des signes fonctionnels sévères dès la naissance à type de compression œsotrachéale [1–3]. Cette malformation peut avoir pour corollaire des crises de dyspnée sifflante simulant parfois l’asthme [4]. Nous rapportons ici le cas d’un enfant atteint d’une anomalie rare du développement des arcs aortiques avec retentissement respiratoire.

## Observation

Il s’est agit d’un nourrisson de 22 mois admis le 3 février 2016 pour une dyspnée à type de stridor associée à une toux grasse.

Le début de la symptomatologie remonterait à 45 jours (après sa naissance) par l’apparition brutale d’une dyspnée

avec respiration bruyante, accentuée au cours des repas avec des pleurs incessants, associée à une toux sèche. Ces symptômes furent à la base de multiples hospitalisations aux urgences pédiatriques. Par la suite, la toux était devenue grasse, avec une persistance du stridor à l’éveil comme pendant le sommeil.

La grossesse et l’accouchement se seraient bien déroulés et l’enfant était à jour de ses vaccins.

L’examen à l’entrée notait une apyrexie avec un état général conservé sans retard staturo-pondéral (poids : 11,1 kg, taille : 83 cm). Le patient n’avait pas d’hippocratisme digital, mais il était polypnéique, avec un wheezing, un tirage sus-sternal et intercostal ainsi que des râles bronchiques diffus à l’auscultation. Le reste de l’examen somatique était normal.

Les examens paracliniques avaient permis de noter une anémie carentielle à 10 g/dL. La recherche des principales mutations du gène *CFTR* était revenue négative. La radiographie thoracique de face (Fig. 1) avait mis en évidence une légère cardiomégalie et un petit poumon droit rétractile, ce qui avait motivé la réalisation d’une première TDM thoracique.

La TDM thoracique objectivait une condensation rétractile du lobe moyen. Une hypothèse d’un probable corps étranger avait été retenue, motivant la réalisation d’une fibroscopie bronchique qui mettait en évidence une compression laryngée. L’angioscanner thoracique et abdominal mettait en évidence un double arc aortique et une artère sous-clavière gauche rétro-œsophagienne (Fig. 2). L’échographie cardiaque était normale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8958024>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8958024>

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